



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Ganhos dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, nas pessoas com alterações do foro respiratório, com base num modelo de Autocuidado

João Manuel Lourenço Correia

Orientação: Professor Doutor César Fonseca

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Évora, 2018



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉvORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Ganhos dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, nas pessoas com alterações do foro respiratório, com base num modelo de Autocuidado

João Manuel Lourenço Correia

Orientação: Professor Doutor César Fonseca

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“A essência do Conhecimento consiste em aplica-lo, uma vez possuído”.

Confúcio (551 a.C.-479 a.C.)

“A maior recompensa do nosso trabalho não é o que nos pagam por ele, mas aquilo em que ele nos transforma”.

John Ruskin (1819-1900)

RESUMO

Com o aumento da esperança média de vida, o aparecimento das doenças crónicas e seus handicaps na autonomia e autocuidado dos doentes trouxe um paradigma importante para os cuidados de saúde. Deste modo, é imperioso demonstrar o benefício que a enfermagem de reabilitação produz na melhoria da qualidade de vida dos doentes, garantindo assim cuidados de excelência. Perante esta problemática, e no âmbito do Mestrado em Enfermagem, foi desenvolvido um projecto de intervenção, com os objetivos de avaliar a funcionalidade das pessoas com alterações do foro respiratório, definir ganhos de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, com base no modelo de autocuidado, adquirir e aprofundar competências na prestação de cuidados específicos de Enfermagem de Reabilitação. Com o presente relatório pretendemos dar a conhecer os resultados que obtivemos com a formulação, aplicação e análise do projecto de intervenção, fazendo uma reflexão das competências desenvolvidas durante o percurso académico.

Palavras-chave

Autocuidado, Enfermagem de Reabilitação, Ganhos em Saúde

Gains of rehabilitation nursing care in people with respiratory disorders, based on a self-care model

ABSTRACT

With the increase in the average life expectancy, the appearance of chronic diseases and their handicaps in the autonomy and self-care of the patients has brought an important paradigm for health care. In this way, it is imperative to demonstrate the benefits that rehabilitation nursing produces in improving the patients' quality of life, thus ensuring excellence in care. Given this problem, and within the scope of the Master's in Nursing, an intervention project was developed, with the objectives of evaluating the functionality of people with respiratory disorders, to define gains of intervention of rehabilitation nursing care, based on the model of self-care, acquire and deepen skills in the provision of specific Nursing Rehabilitation care. With this report we intend to present the results obtained with the formulation, application and analysis of the intervention project, reflecting the competences developed during the academic course.

Keywords: Self-care, Rehabilitation Nursing, Health Gains

AGRADECIMENTOS

Ao professor Doutor César Fonseca, pelo apoio, dedicação e disponibilidade demonstrada, pela transmissão de conhecimentos, e pela capacidade de encorajamento e compreensão perante dificuldades sentidas.

Ao enfermeiro Flávio Redol e ao enfermeiro Carlos Nogueira pelo apoio, orientação e conhecimentos partilhados durante o estágio final.

A todos os utentes com quem pude prestar cuidados e saberes, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.

A toda a minha família, carinho, apoio, cuidado e incentivo.

À Sílvia, Filipa e Teresa pela amizade e palavras de incentivo.

Sem o apoio de todos nada disto seria possível, pelo que fica aqui o meu profundo e sincero agradecimento.

Muito obrigado!

ÍNDICE

| | |
|--|--------|
| ÍNDICE DE ANEXOS..... | - 9 - |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | - 10 - |
| ÍNDICE DE TABELAS..... | - 11 - |
| LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS..... | - 13 - |
| 0 – INTRODUÇÃO | - 15 - |
| 1 – APRECIACÃO DO CONTEXTO | - 20 - |
| 1.1 – CENTRO MÉDICO DE REABILITAÇÃO DE ALCOITÃO (CMRA) | - 20 - |
| 1.2 – CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE (CHLN) | - 22 - |
| 2 – ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL..... | - 24 - |
| 2.1 – ENVELHECIMENTO POPULACIONAL..... | - 24 - |
| 2.2 – INDICADORES SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM..... | - 31 - |
| 2.3 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL..... | - 36 - |
| 2.3.1 – AUTOCUIDADO | - 37 - |
| 2.3.2 – AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL | - 40 - |
| 2.4 – OBJETIVOS | - 43 - |
| 2.5 – METODOLOGIA..... | - 44 - |
| 2.5.1 – INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS..... | - 45 - |
| 2.5.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA | - 48 - |
| 2.5.3 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | - 49 - |
| 2.6 – RESULTADOS..... | - 49 - |
| 2.7 – DISCUSSÃO | - 60 - |
| 3 – COMPETENCIAS ADQUIRIDAS | - 68 - |
| 4. CONCLUSÃO | - 72 - |
| BIBLIOGRAFIA..... | - 74 - |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|---|--------|
| Anexo A - Elderly Nursing Core Set (2014) | LXXXII |
| Anexo B - Escala MIF (2011) | XCIX |
| Anexo C - Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora | CI |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|--------|
| Figura 1 – Interação entre os componentes da CIF | - 42 - |
| Figura 2 – Caracterização da amostra segundo o estado civil e sexo | - 52 - |
| Figura 3 – Variação do Score Geral Funcional no CMRA..... | - 65 - |
| Figura 4 – Variação da Média do score de funcional no CMRA | - 65 - |
| Figura 5 – Variação do Score Geral Funcional no HPV | - 66 - |
| Figura 6 – Variação da Média do score de funcional no HPV | - 67 - |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|--------|
| Tabela 1 – Indicadores de desenvolvimento populacional no Mundo 1950-2100..... | - 25 - |
| Tabela 2 – Indicadores de desenvolvimento populacional: Regiões da Europa ano 2015 | - 26 - |
| Tabela 3 – Indicadores de desenvolvimento populacional: Portugal 1950-2100 | - 27 - |
| Tabela 4 – Anos de Vida saudáveis em 2015 | - 28 - |
| Tabela 5 – Evolução das taxas de mortalidade e de anos potenciais de vida perdidos por doença respiratória 2011-2015..... | - 29 - |
| Tabela 6 – Internamentos por Doença Respiratória em Portugal Continental 2009-2016 | - 30 - |
| Tabela 7 – Processo de pesquisa e seleção da Revisão Sistemática da Literatura | - 32 - |
| Tabela 8 – Relação entre as variáveis de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e deficit de autocuidado e funcionalidade..... | - 35 - |
| Tabela 9 – Visão Geral da CIF | - 42 - |
| Tabela 10 – Distribuição da amostra por grupos etários | - 50 - |
| Tabela 11 – Distribuição da amostra por grupos etários, sexo e local | - 51 - |
| Tabela 12 – Caracterização da amostra segundo o estado civil e sexo | - 52 - |
| Tabela 13 – Caracterização da amostra segundo o estado civil e sexo e Local | - 53 - |
| Tabela 14 – Distribuição da amostra por IMC..... | - 53 - |
| Tabela 15 – Caracterização da amostra segundo o Sexo e Nível de escolaridade..... | - 54 - |
| Tabela 16 – Caracterização da amostra segundo o Local e Nível de escolaridade..... | - 55 - |

| | |
|--|--------|
| Tabela 17 – Descrição do conceito de autocuidado na avaliação inicial | - 56 - |
| Tabela 18 – Descrição do conceito de autocuidado na avaliação final..... | - 56 - |
| Tabela 19 – Descrição do conceito de aprendizagem e funções mentais na avaliação inicial | - 57 - |
| Tabela 20 – Descrição do conceito de aprendizagem e funções mentais na avaliação final..... | - 58 - |
| Tabela 21 – Descrição do conceito de comunicação na avaliação inicial | - 58 - |
| Tabela 22 – Descrição do conceito de comunicação na avaliação final..... | - 59 - |
| Tabela 23 – Descrição do conceito de relação com amigos e cuidadores nas duas avaliações | - 60 - |
| Tabela 24 – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação Efetuados..... | - 62 - |

LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AVC – Acidentes Vasculares cerebrais

CAT – Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMRA – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ENCS – Elderly Nursing Core Set

EU – European Union (União Europeia)

HPV – Hospital Pulido Valente

ICN – International Council of Nurses

IMC – Índice de massa corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

MIF – Medida de Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONU – Organização das Nações Unidas

PNDR – Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

SRA1 – Serviço de Reabilitação de Adultos – primeiro piso

TCE – Traumatismos cranioencefálicos

0 – INTRODUÇÃO

O período após a Segunda Guerra Mundial é associado a melhoria das condições de vida, principalmente no mundo ocidental e em particular da Europa. O acesso a novas tecnologias e a serviços, nomeadamente de saúde, são apontados como os fatores mais potenciadores deste paradigma que reflete um aumento da esperança média de vida à nascença. Desta forma, os dados analisados de diversas fontes indicam que a população mais envelhecida traduz um incremento do risco de desenvolver doenças crónicas, com profundas implicações na independência, na utilização dos cuidados e serviços de saúde.

O Eurostat (2006) refere, em seu relatório, que o envelhecimento populacional é notório em todo o espaço geográfico europeu, trazendo consigo implicações socioeconómicas que levam a consequências profundas na forma como os estados gerem as suas políticas junto das populações. Associado ao aumento da população mais envelhecida, surge um decréscimo das taxas de fertilidade e concomitantemente uma redução a médio prazo do número de pessoas em idade ativa, capazes de suportar o apoio aos mais idosos, impelindo assim os estados a criar objetivos e ações que garantam este suporte com o objetivo de providenciar infraestrutura adicional, proporcionar pensões adequadas e serviços de saúde.

Desta forma, é previsível que o aumento da esperança de vida, como refere o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) de 2017, tenha influência no aumento da morbilidade e mortalidade nas pessoas com alterações do foro respiratório. Segundo o mesmo relatório, esta realidade “constitui um desafio para o Serviço Nacional de Saúde, que deverá ser capaz de fazer face a estas alterações demográficas e epidemiológicas, mediante uma redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos de idade) e um aumento dos anos de vida saudáveis ou livres de incapacidade” (PNDR, 2017, p.5).

Deste modo, nas últimas décadas, esta temática constitui um elemento de grande visibilidade e importância para os organismos de saúde de todo o mundo, que emanando estratégias de intervenção, consigam na implementação de medidas obter soluções para este desafio. Em Portugal, com a elaboração das Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) de 2009, a Direção Geral de Saúde, refere que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no seio de uma equipa multidisciplinar adquire um papel de grande relevo na reeducação funcional respiratória, que é descrita como “uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica (...). Integrada no tratamento individualizado do doente (...) desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistemáticas da doença.” (DGS, 2009, p.9).

Assim, como se observa nesta definição, de forma a sustentar as intervenções realizadas pela prática clínica inerente aos cuidados de saúde, esta deve encontrar fundamentação teórica que a sustente (Hoeman, 2011). Deste modo, a teoria do Autocuidado desenvolvida por Dorothea Orem (2001) constitui um pilar importante para garantir a sustentabilidade científica requerida aos cuidados de enfermagem de reabilitação (Queirós, 2010).

O autocuidado, com base nesta teoria, é definido como um conceito universal, englobando todas as ações que potenciem o bem-estar e a saúde, não se focando apenas nas atividades de vida diárias e instrumentais (Queirós, 2010). Desta forma, Orem (2001) cria o seu projeto interligando três teorias, a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Graham, 2006 e Schub, 2012). A primeira refere-se à forma como as pessoas cuidam de si próprias. Na Teoria do Défice de Autocuidado é dada ênfase ao modo como a enfermagem pode intervir junto das pessoas com vista ao alcançar do autocuidado (Graham, 2006 e Schub, 2012). Finalmente a Teoria dos Sistemas de afirma quais as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se desenvolva a enfermagem (Graham, 2006 e Schub, 2012).

Segundo Queirós (2010), as atividades de autocuidado promovem o alívio de sintomas e a redução de complicações, potenciam o tempo de recuperação e consequentemente diminuem o período de hospitalização e rehospitalização. Aplicando esta teoria, o enfermeiro consegue dar resposta adequada a população com a prestação de cuidados de enfermagem de excelência, promovendo os défices de autocuidado encontrados no utente, uma vez que é capaz de desenvolver uma quantidade elevada de conhecimentos sobre o individuo e a maneira como ele interage com os outros e o meio em que se encontra inserido. (Hartweg e Pickens, 2016 e Younas, 2017).

Corroborando com Orem (2001), para a Organização Mundial de Saúde (2013), o autocuidado pode ser entendido como uma habilidade para os indivíduos, famílias e comunidades promoverem e manterem a saúde, prevenirem a doença e lidarem com a dependência e incapacidade com ou sem o suporte de profissionais de saúde (Fonseca e Lopes, 2014).

Por outro lado, Donabedian (2005) propõe uma estrutura de qualidade que relaciona as variáveis dos enfermeiros (nível de ensino, experiencia, rácios, organização e carga de trabalho) com variáveis do cliente (idade, género, educação, tipo e adversidade da doença e co morbilidades) interligando-as com a funcionalidade, baseando-se no modelo proposto pela Classificação Internacional da Funcional (CIF), que inclui o autocuidado.

Assim, Fonseca e Lopes (2014) desenvolvem a estrutura conceptual do modelo de autocuidado, com base na Teoria de Dorothea Orem (2001), que coloca como conceitos centrais o autocuidado, a capacidade funcional e capacidade conhecimento, suportando-se no continuum da funcionalidade/incapacidade proposto pela CIF (2014), juntamente com o modelo de qualidade de cuidados de Donabedian (2005), baseando-se na descrição das seguintes variáveis: Autocuidado, Aprendizagem e funções mentais, Comunicação, e Relação com amigos e cuidadores.

Deste modo, a pessoa com alterações do foro respiratório, tal como em outras enfermidades, apresenta dificuldades na realização de variadas tarefas e atividades, devido a gastos elevados de energia que causam processos de dispneia e cansaço, que levam assim, a deficits de autonomia, comprometendo o autocuidado (Cordeiro e

Menoita, 2012; Ferreira e Gomes, 2016). Neste sentido a Enfermagem de Reabilitação assume, no seio de uma equipa multidisciplinar, um papel fundamental junto destas populações na aquisição de estratégias que melhorem a sua autonomia e garantam o máximo possível de independência funcional (Ferreira e Gomes, 2016).

Observando o Regulamento 125/2011, que atribui as competências específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, podemos concluir que estes profissionais adquirem um conjunto de aptidões, focadas na área da reabilitação no âmbito da recuperação funcional sensitivo-motora e cognitiva, cardiorrespiratória, da comunicação, alimentação, eliminação e sexualidade com o objetivo de recuperar a pessoa vítima de doença aguda ou crónica que provoque défices funcionais, numa perspetiva de cuidados de enfermagem de excelência.

Assim, fundamentou-se o interesse de aprofundar e adquirir competências na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação em doentes com patologia respiratória, com alteração do nível de funcionalidade, com base no modelo de autocuidado.

Desta forma, e tendo como ponto de partida conhecer quais os ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação, nas pessoas com alterações do foro respiratório, com base num modelo de autocuidado, pretendemos com este relatório descrever todo o percurso efetuado desde a formulação do projeto de intervenção à sua implementação.

Deste modo, o presente relatório final, inserido no âmbito da unidade curricular Relatório Final do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização Enfermagem de Reabilitação, desenvolveu-se durante o Estágio Final, de 18 de setembro de 2017 a 27 de janeiro de 2018, em duas áreas distintas. Inicialmente no Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA1) do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA) e posteriormente na Unidade de Insuficiência Respiratória do Hospital Pulido Valente – Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN).

Estruturalmente, este relatório que se apresenta encontra-se dividido em quatro partes. Iniciamos com a apreciação dos contextos onde decorreu o estágio final e sua importância no projeto de intervenção. Seguidamente, no segundo capítulo observamos

as estratégias de intervenção profissional, onde estarão inseridos um enquadramento conceptual, a fundamentação científica do projeto. Neste capítulo, daremos enfoque, igualmente, a metodologia do projeto, objetivos, resultados e a discussão dos mesmos. No terceiro capítulo analisamos o desenvolvimento das competências comuns, de enfermeiro especialista e de mestre que culminaram na realização deste relatório. Após esta descrição no quarto capítulo efetuamos a conclusão do trabalho.

Para elaboração do presente trabalho baseámo-nos nas normas de referenciação bibliográfica do estilo American Psychological Association (APA) 6ª edição.

1 – APRECIÇÃO DO CONTEXTO

Neste capítulo daremos ênfase ao contexto de cuidados que acolhe o desenvolvimento do projeto inserido na unidade curricular de Estágio Final. Esta decorreu no Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA1) do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA) de 18 de setembro de 2017 a de 25 de novembro de 2017 e posteriormente na Unidade de Insuficiência Respiratória do Hospital Pulido Valente – Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (CHLN), entre 26 de novembro de 2017 e 27 de janeiro de 2018

1.1 – CENTRO MÉDICO DE REABILITAÇÃO DE ALCOITÃO (CMRA)

O CMRA, criado pelo Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Dr. José Guilherme de Mello e Castro, em 1956 e inaugurado em 1966, tinha por objetivo dar resposta às inúmeras necessidades de todos os indivíduos com limitações motoras, tendo assim a finalidade de integrar estes utentes na comunidade (CMRA, 2015).

Desta forma, e sendo influenciado pela modernização da ciência e a transformação da sociedade, desde a sua abertura até aos dias de hoje o CMRA tem como missão: promover a máxima funcionalidade; valorizar e potenciar as capacidades de cada indivíduo; contribuir para formação de profissionais e para a investigação científica; e

prestar cuidados em MFR com elevado grau de humanização e qualidade em tempo útil (CMRA, 2015).

Assim, a orientação do CMRA está focalizada para a reabilitação pós-aguda de pessoas portadoras de deficiência física, motora ou multideficiência congénita e adquirida, provenientes de todo o país, tendo como principal objetivo promover a máxima funcionalidade, valorizando e potenciando as capacidades de cada indivíduo e apoiando-o no refazer do seu projeto de vida (CMRA, 2015).

Dispondo de 150 camas, o Centro encontra-se dividido em três internamentos, Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA1), Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento (SRPD) e Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA3). A realização do estágio final efetuou-se no Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA1) que se encontra vocacionado para a receção de utentes com lesões vertebro-medulares e outras patologias neurológicas, como Acidentes Vasculares cerebrais (AVC) e Traumatismos cranioencefálicos (TCE) (CMRA, 2015).

Segundo Sampaio, et al (2017) em Portugal, não existem estudos consistentes recentes sobre a incidência das lesões vertebro-medulares, fazendo menção a um estudo efetuado entre 1989 e 1992 na região centro, que mostrou uma incidência de traumatismos vertebro-medulares, de 25,4 por milhão de habitantes, no qual excluíam os falecidos no primeiro mês após o acidente. Os mesmos autores utilizando dados de estudos efetuados na Europa referem valores a variarem entre cerca de 8.3 por milhão de habitantes na Dinamarca a 33.6 por milhão na Grécia, em 2015 (Sampaio, et al, 2017) Num estudo efetuado por Almeida, Ferreira e Faria (2011), em doentes com lesão medular não traumática, com 1º internamento no Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA1) do CMRA entre 1 de janeiro de 2007 e 30 de novembro de 2009 conclui que a idade média dos doentes com esta lesão era de cerca de 58 anos, tendo como diversas etiologias: causa neoplásica (20,3%), degenerativa (18,8%), iatrogénica (18,8), infecciosa (15,9%), idiopática (13%), vascular (11,6%) e autoimune (1,4%).

Observando o Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular, o doente com este tipo de lesão, independente da sua causa, tem comprometimento da função respiratória, podendo a sua gravidade variar

consoante o nível da lesão e, como tal, na reabilitação a este doente deve sempre constar a reeducação funcional respiratória (OE, 2009a).

No que remete ao doente com AVC, Costa & Ocko (2014) referem que existem evidências científicas em correlacionar os doentes com AVC com alterações do foro respiratório pois, estas pessoas podem apresentar diminuição da força muscular inspiratória e expiratória, tanto na fase aguda como crónica, tendo como consequência a diminuição da função pulmonar e inabilidade de tossir.

1.2 – CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE (CHLN)

O CHLN criado em 2008 com a agregação dos Hospitais de Santa Maria e Pulido Valente, tem como missão prestar cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade sendo um estabelecimento hospitalar público, geral, central (CHLN, 2018).

A Unidade de Insuficiência Respiratória do Hospital Pulido Valente, inserida no Serviço de Pneumologia, possui treze camas de cuidados intermédios (três das quais preparadas para isolamentos respiratórios) e oito camas de enfermaria, recebendo principalmente utentes dos concelhos de Lisboa e Odivelas. Tem como objetivos contribuir para a melhoria da saúde de doentes respiratórios mediante a prestação de cuidados diferenciados de saúde nas vertentes assistenciais, de internamento e ambulatorio, contribuindo para a promoção da saúde respiratória na comunidade com vista a melhoria do autocuidado dos utentes (Caneira, 2013).

Desta forma, este serviço recebe utentes em fase de descompensação respiratória, sendo as principais doenças, as patologias infecciosas bacterianas e as doenças

pulmonares crónicas como os enfisemas, doença pulmonar obstrutiva crónica, fibrose pulmonar e crises asmáticas (Caneira, 2013).

2 – ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Neste capítulo iremos abordar o desenvolvimento do projeto de intervenção profissional, dando primazia a fundamentação teórica e enquadramento conceptual, e de seguida iremos descrever as estratégias desenvolvidas e os resultados obtidos.

2.1 – ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento da população a nível mundial acarreta consigo questões importantes em vários paradigmas em especial nos cuidados de saúde.

Segundo o Department of Economic and Social Affairs da ONU (2017) o envelhecimento populacional tem uma dimensão global, apresentando-se em todas as regiões. Este fenómeno, observado por várias décadas, encontra-se originado numa combinação de diversos fatores, destacando-se o aumento constante da esperança de vida à nascença ao longo dos últimos anos e a diminuição do índice sintético de fecundidade. A estes indicadores podemos coadjuvar os processos migratórios que influenciam os resultados em algumas regiões (ONU, 2017).

Outro indicador importante, particularmente para o estudo populacional e que possui importância relevante para este relatório final centra-se no rácio de dependência

total¹. Ele permite-nos comparar o nível de harmonia entre os grupos normalmente considerados como dependentes (menos de 15 anos e 65 e mais anos) com a população descrita como ativa e considerada suporte dos anteriores grupos (15-64 anos) (ONU, 2017).

Desta forma, o World Population Prospects: The 2017 Revision refere que a nível mundial a população em 2015 cifrou-se nos 7 383 009 milhares de habitantes. Um aumento de 191% face a 1950. De acordo com este relatório as projeções para 2100 referem um aumento de 51% (ONU, 2017).

Relativamente a esperança média de vida à nascença podemos observar que este valor se situa nos 72 anos no período 2015-2020, contrastando com os valores de 47 anos no período 1950-1955. Observando-se as projeções para 2095-2100 este valor cresce significativamente, rondando os 82,6 anos (ONU, 2017). Em contraponto a taxa bruta de natalidade segue uma tendência decrescente desde 1950 com valores a passarem de 36,9% nesse período para os atuais 18,6%, isto é um decréscimo de cerca de metade. Pelas projeções este valor tende a continuar na mesma rota, mas com menos acentuação, projetando-se para 2100 de 11,8%, como observamos na tabela 1. Igualmente, os rácios de dependência total apesar de se manterem estáveis ao longo da escala temporal, observa-se que são mantidos à conta do decréscimo do rácio de dependência jovem e concomitantemente aumento do rácio de dependência no grupo das pessoas mais idosas, traduzindo assim um aspeto importante nas consequências do envelhecimento populacional (ONU, 2017).

Tabela 1 – Indicadores de desenvolvimento populacional no Mundo 1950-2100

| ANO | 1950 | 2015 | 2100 |
|---|-----------|-----------|------------|
| População total (milhares) | 2 536 275 | 7 383 009 | 11 184 368 |
| Média de idade (anos) | 23,6 | 29,6 | 41,6 |
| Rácio de dependência total | 64,8 | 52,5 | 67,1 |
| Rácio de dependência no grupo 0-15 anos | 56,5 | 39,9 | 29,5 |
| Rácio de dependência no grupo +65 anos | 8,4 | 12,6 | 37,6 |
| Esperança de vida ao nascer (anos)^a | 47 | 72 | 82,6 |
| Esperança de vida aos 65 anos (anos)^a | 11,3 | 17 | 21,8 |
| Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes ^a | 36,9 | 18,6 | 11,8 |

a) Valores referentes ao período 1950-1955, 2015-2020 e 2095-2100 Fonte: ONU (2017)

¹ O Rácio de Dependência Total traduz a relação entre a soma do número de jovens (com menos de 15 anos de idade) e do número de pessoas idosas (65 anos e mais) considerados, em geral, inativos, em comparação com o número de pessoas em idade de trabalhar (15-64 anos). Resulta da soma de dois Rácios: o Rácio de Dependência dos Jovens e o Rácio de Dependência dos Idosos (ONU, 2017).

Ao restringirmos a área geográfica o paradigma do envelhecimento populacional torna-se ainda mais evidente. Observando a situação no continente europeu, os valores tornam-se claramente mais profundos. Assim a média de idades em 2015 sobe para os valores de 41,6 anos e a esperança média de vida ao nascer sobe para 74,7 anos com incremento na esperança média de vida aos 65 anos de 17 anos para os 18,8 anos. Contrastando esta subida, a taxa bruta de natalidade desce dos 18,6% no mundo para os 10,5% (ONU, 2017).

Centrando-nos apenas no continente europeu e fazendo a comparação entre as quatro Regiões Europeias² presentes no relatório da ONU (2017) pode-se observar que existem diferenças entre elas, apesar de não muito significativas, como demonstra a tabela 2.

Tabela 2 – Indicadores de desenvolvimento populacional: Regiões da Europa ano 2015

| REGIÃO EUROPEIA | LESTE | MERIDIONAL | OCIDENTAL | SETENTRIONAL |
|--|---------|------------|-----------|--------------|
| População total (milhares) | 293 244 | 152 441 | 192 032 | 103 097 |
| Média de idade (anos) | 39,6 | 43,9 | 43,5 | 40,4 |
| Rácio de dependência total | 44,4 | 52,7 | 54,3 | 55,4 |
| Rácio de dependência no grupo +65 anos | 21,4 | 30,5 | 30,4 | 28,2 |
| Esperança de vida ao nascer (anos)^a | 73,1 | 82 | 81,9 | 81,4 |
| Esperança de vida aos 65 anos (anos)^a | 16,3 | 20,3 | 20,5 | 20 |
| Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes^a | 11,1 | 8,6 | 10,2 | 12 |

a) Valores referentes ao período 1950-1955, 2015-2020 e 2095-2100

Fonte: ONU (2017)

Igualmente o Eurostat (2017) afirma que em 2014 a esperança média de vida da União Europeia³ cifrava-se nos 77,7 anos com um aumento de 3,2 anos em comparação a 2003. Analisando o mesmo relatório, denota-se igualmente, que em 2015, variava entre 84,5 anos na comunidade de Madrid e os 73,5 anos na região noroeste da Bulgária.

² EUROPA DE LESTE – Bielorrússia, Bulgária, Eslováquia, Federação Russa, Hungria, Moldávia, Polónia, República Checa, Roménia e Ucrânia; EUROPA MERIDIONAL – Albânia, Andorra, Bósnia e Herzegovina, Croácia, Eslovénia, Espanha, Gibraltar, Grécia, Itália, Malta, Montenegro, Portugal, San Marino, Sérvia e Vaticano; EUROPA OCIDENTAL – Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Liechtenstein, Luxemburgo, Mónaco, Países Baixos e Suíça; EUROPA SETENTRIONAL – Dinamarca, Estónia, Finlândia, Irlanda, Islândia, Letónia, Lituânia, Noruega, Reino Unido e Suécia

³ A Europa a 27 é composta por: Áustria, Bélgica, Bulgária, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Países Baixos, Polónia, Portugal, Roménia, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Suécia e Reino Unido.

Analisando os valores relativos a Portugal, estes dados demonstram um desequilíbrio ainda maior entre a esperança média de vida a nascença e a taxa bruta de natalidade. No relatório do Eurostat (2017) no contexto português, apenas a região autónoma dos Açores encontrava-se abaixo do valor de 78 anos, sendo importante também referir que a idade média da população situa-se entre os 40 e 50 anos em 2016, com um aumento significativo nesta década, na ordem dos quatro anos em relação a 2006, colocando o país em terceiro lugar da União Europeia (Eurostat,2017).

Em concordância, a ONU (2017) revela que estes valores são ainda mais relevantes quando comparados com as projeções elaboradas para 2100 que demonstram uma redução da população para valores inferiores a 1950. Contudo, a composição etária da população é bastante diferente uma vez que a idade média aumenta para o dobro em relação aos dois extremos do intervalo de tempo (ONU,2017). Outro indicador, o rácio de dependência total é quase complementado pela dependência no grupo mais idoso, pois a esperança de vida assume valores perto dos três dígitos. Em suma, e como demonstra a tabela 3, Portugal caminha para uma sociedade cada vez mais envelhecida (ONU,2017). Esta situação levará a repercussões ao nível económico com consequências a nível da disponibilidade financeira estatal para os assuntos sociais nomeadamente nos sistemas de saúde e de proteção social, consequente com a diminuição da população ativa e força de trabalho e aumento dos custos sociais (Yoon, 2009; Ingham, Chirijevskis & Carmichael, 2009).

Tabela 3 – Indicadores de desenvolvimento populacional: Portugal 1950-2100

| ANO | 1950 | 2015 | 2100 |
|--|-------|--------|-------|
| População total (milhares) | 8 417 | 10 418 | 6 604 |
| Média de idade (anos) | 26,1 | 43,9 | 52,5 |
| Rácio de dependência total | 57,7 | 53,4 | 93,8 |
| Rácio de dependência no grupo +65 anos | 11,1 | 31,8 | 68,9 |
| Esperança de vida ao nascer (anos)^a | 60,3 | 81,5 | 92,1 |
| Esperança de vida aos 65 anos (anos)^a | 13,4 | 20,1 | 28 |
| Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes^a | 23,9 | 7,5 | 8,3 |

a) Valores referentes ao período 1950-1955, 2015-2020 e 2095-2100

Fonte: ONU, 2017

Outro grupo de indicador importante a considerar prende-se com a esperança média de vida com saúde. De acordo com dados da União Europeia, Portugal encontra-se muito abaixo quer na esperança média de vida saudável à nascença, quer aos 65 anos, relativamente aos seus parceiros europeus da Europa Ocidental e Setentrional, e incluso na sua região geográfica da Europa Meridional, tendo valores próximos dos países da Europa de Leste pertencentes à União Europeia. Assim, como podemos observar na Tabela 4, em 2015, os valores em todos os indicadores eram os menores comparativamente com a média europeia (European Commission, 2018).

Tabela 4 – Anos de Vida saudáveis em 2015

| | Anos de vida saudável ao nascimento (H) | Anos de vida saudável ao nascimento (M) | Anos de vida saudável aos 65 anos (H) | Anos de vida saudável aos 65 anos (M) |
|--------------------|---|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Portugal | 58,2 | 55 | 7 | 5,4 |
| Espanha | 63,9 | 64,1 | 9,5 | 8,9 |
| Bélgica | 64,4 | 64 | 11,2 | 11 |
| Reino Unido | 63,7 | 63,3 | 10,2 | 10,4 |
| Suécia | 74 | 73,8 | 15,7 | 16,8 |
| Hungria | 58,2 | 60,1 | 5,9 | 5,9 |
| UE 28 | 62,6 | 63,3 | 9,4 | 9,4 |

Fonte: European Commission, 2018

Desta forma podemos concluir que no caso nacional, o envelhecimento da população encontra-se num processo de avanço, mas que ao oposto da maioria dos países que compõem a União Europeia, este envelhecimento trás consigo um aumento do número de anos de vida com menos saúde e qualidade de vida, o que traduz inevitavelmente maiores gastos em saúde e emergem a necessidade de políticas que respondam a esta situação, na tentativa de contrariar os dados atuais (Eurostat, 2017).

A Patologia Respiratória, dentro de outras grandes áreas de doenças, ganha assim relevo e interesse, uma vez que com o envelhecimento populacional adquire mais pessoas que possuem este tipo de doença, muitas delas com carácter crónico e com isso muitos anos de vida com menos saúde e maior dependência (Eurostat, 2017).

Segundo o Eurostat (2017) as patologias do sistema respiratório eram a terceira causa de mortalidade na União Europeia no período de 2011-2013, quer para o sexo masculino e feminino quer na população acima dos 65 anos. Em concordância com estes valores o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) de 2017 refere que as taxas de mortalidade por doença respiratória, excluindo a do cancro do pulmão e a tuberculose, sofreram uma redução da mortalidade prematura, revelando um ligeiro aumento da mortalidade acima dos 65 anos (PNDR, 2017).

Tabela 5 – Evolução das taxas de mortalidade e de anos potenciais de vida perdidos por doença respiratória 2011-2015

| ANO | Taxa de anos potenciais de vida perdidos por doenças do aparelho respiratório por 100 000 habitantes (N.º) | Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho respiratório por 100 000 habitantes (N.º) | Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por doenças do aparelho respiratório por 100 000 habitantes (N.º) | Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doenças do aparelho respiratório por 100 000 habitantes (N.º) |
|------|--|---|--|--|
| 2011 | 145,7 | 56,5 | 7,5 | 452,3 |
| 2012 | 120,8 | 62,9 | 6,2 | 522,5 |
| 2013 | 130,7 | 56,8 | 6,8 | 461,2 |
| 2014 | 138,5 | 54 | 7,1 | 433,5 |
| 2015 | 129,8 | 58,1 | 6,8 | 473,6 |

Fonte: INE (2018)

Analisando as principais patologias respiratórias, excluindo as já referidas, observamos que as infeções respiratórias bacterianas e virais são principal causa de internamento, seguindo-se as doenças crónicas como a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), a fibrose pulmonar e a asma (PNDR, 2017). No caso da DPOC e asma, como podemos observar na tabela 6, encontra-se estável ao longo dos anos.

Tabela 6 – Internamentos por Doença Respiratória em Portugal Continental 2009-2016

| LISTA | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Asma Brônquica | 2.781 | 2.913 | 2.685 | 3.034 | 2.790 | 2.946 | 2.817 | 2.728 |
| DPOC | 8.731 | 8.563 | 8.236 | 9.051 | 8.361 | 8.203 | 8.312 | 8.049 |
| Pneumonias Bacterianas | 42.073 | 42.405 | 43.226 | 43.110 | 41.620 | 42.105 | 42.914 | 40.519 |
| Pneumonias Virais | 424 | 307 | 364 | 312 | 368 | 433 | 391 | 398 |
| Fibrose Pulmonar | 2.339 | 2.946 | 3.175 | 3.329 | 3.638 | 3.828 | 3.918 | 4.092 |
| Fibrose Quística | 134 | 160 | 129 | 92 | 121 | 116 | 136 | 115 |
| Hipertensão Pulmonar | 352 | 360 | 351 | 288 | 282 | 246 | 288 | 182 |
| Síndrome da Apneia do Sono | 5.152 | 9.984 | 11.465 | 13.359 | 19.612 | 19.940 | 18.258 | 18.229 |

Fonte: PNDR (2017)

Para a DPOC, o relatório refere ainda um decréscimo de 8,8%, em 2015 (100/100.000 habitantes) em comparação com 2009 da taxa de mortalidade a partir dos 65 anos, sendo considerado como estável e baixo na faixa etária abaixo dos 65 anos (1,3/100.000 habitantes). Em contraponto o número de utentes diagnosticados com esta patologia, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, tem aumentado significativamente (241% entre 2011 e 2016). Contudo, indicam que o número deverá ser superior pois o diagnóstico através da realização de espirometrias é ainda baixo (32,3% dos diagnósticos) principalmente nas regiões do Alentejo e Algarve (17%) (PNDR, 2017).

No caso da asma, também, a mortalidade faz-se sentir na população acima dos 65 anos com valores de 4,0/100.000 habitantes em relação aos de 0,1/100.000 habitantes encontrados na população abaixo de 65 anos, em 2015. No que se refere aos Cuidados de Saúde Primários o número de utentes ativos com o diagnóstico de Asma tem, igualmente, aumentado (234% entre 2011 e 2016) (PNDR, 2017).

2.2 – INDICADORES SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

De forma a compreender os ganhos em saúde dos cuidados de enfermagem de reabilitação nas pessoas com alterações do foro respiratório é necessário observarmos os indicadores sensíveis aos cuidados de saúde dentro deste campo. Para tal elaboramos uma revisão sistemática da literatura com a seguinte questão formulada em formato PI[C]O: Quais os indicadores (Outcomes) sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, ao nível do autocuidado(Intervention) na pessoa com alterações do foro respiratório (Population)? (Melnik & Fineout-Overholt, 2005), tendo como objetivo o conhecimento através da revisão sistemática da literatura atual identificar os indicadores sensível aos cuidados de enfermagem de reabilitação, ao nível do autocuidado nas pessoas com alterações do foro respiratório.

Deste modo, elaboramos uma pesquisa na base de dados eletrónica utilizada, que incidiu sobre a EBSCO (MEDLINE with Full TEXT, CINAHL, Plus with Full Text, British Nursing Index), onde os descritores foram procurados com a seguinte ordem [(nursing) or (nursing care) or (nursing intervencion)] AND [(rehabilitation) OR (rehabilitation nursing) OR (quality of life)] AND [(respiratory therapy) or (respiratory tract diseases) or (respiratory rehabilitation) or (respiratory response to exercise)]. Os descritores foram pesquisados em texto integral (dezembro/ 2017), retrospectivamente até os cinco anos anteriores, resultando um total de 437 artigos.

Como critérios de inclusão privilegiaram-se artigos com foco na pessoa com alteração do trato respiratório, com recurso a metodologia quantitativa e/ ou qualitativa, que clarifique os indicadores sensíveis ao cuidado de enfermagem de reabilitação. Relativamente aos participantes (P) foram incluídas pessoas em idade adulta, 5 ou mais, com capacidade cognitiva e mental preservada. No que se refere à intervenção (I), contemplaram-se as ações de enfermagem nos diversos contextos de cuidados, assim como no que se reporta aos indicadores (O), foram incluídos os artigos que demonstrassem os resultados diretamente imputáveis às intervenções de enfermagem.

Nos critérios de exclusão inseriram-se todos os artigos com metodologia ambígua ou repetidos em ambas as bases de dados, todos aqueles sem correlação com o objeto de estudo e com data anterior a 2012, dado que a literatura recomenda a inserção da mais atual evidência, que corresponde aos últimos 5 anos.

Selecionados os 6 artigos, procedeu-se à avaliação crítica dos mesmos, garantindo a qualidade metodológica. Com o intuito de clarificar e identificar as diferentes metodologias utilizadas em cada um, apreciou-se os níveis de evidência de cada artigo, recorrendo-se aos contributos de Melnyk & Fineout-Overholt (2005), que definem seis níveis de evidência: Nível I – Revisões sistemáticas (meta-análises, linhas de orientação para a prática clínica com base em revisões sistemáticas); Nível II – Estudos experimentais; Nível III – quase experimentais; Nível IV – Estudos não experimentais; Nível V – Relatórios de avaliação de programas/ revisões de literatura; Nível VI – Opiniões de autoridades/ painéis de consenso. Este processo encontra-se assim esquematizado de seguida na tabela 7.

Tabela 7 – Processo de pesquisa e seleção da Revisão Sistemática da Literatura

| | |
|---|---|
| ↓ | Identificação: |
| | N ° de registos identificados através de banco de dados de pesquisa (CINAHL, MEDLINE) - 437 |
| | N ° de registos identificados em texto completo, ano 2012-2017 - 57 |
| | Triagem: |
| | N ° de registos duplicados e removidos - 12 |
| | N ° de registos selecionados (título e resumo) - 20 |
| | N ° de registos excluídos (título e resumo) – 25 |
| | Crítérios de Inclusão (leitura integral): |
| | N ° de artigos em texto completo com critérios de inclusão - 6 |
| | N ° de artigos em texto completo sem critérios de inclusão - 14 |
| | Artigos Incluídos (níveis de evidência): |
| | Nível II – 1; Nível III – 5; Nível IV – 0; Nível V – 0; Nível VI - 0 |

Após a análise dos artigos selecionados podemos inferir que todos eles convergem para uma melhoria direta da funcionalidade respiratória após a intervenção de um

programa de reabilitação respiratória.

Liu, et al (2015) no seu estudo experimental em 80 doentes divididos em 2 grupos entre novembro de 2012 e novembro de 2013, com o objetivo de identificar a influência da apreciação do exame de avaliação da DPOC (CAT) e orientação de educação de reabilitação nas funções respiratória e motora de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica, revelam que após o tratamento, o escore CAT de ambos os grupos de doentes foi significativamente reduzido. Após as 48 semanas de tratamento a função respiratória de ambos os grupos foi significativamente melhorada, mas a escala do Conselho de Pesquisa Médica (MRC) para o grupo experimental, em comparação ao de controlo, foi significativamente menor. Referem, melhorias acrescidas na qualidade de vida, tolerância ao exercício e no teste de caminhada de 6 minutos para o grupo experimental. Por fim, observaram que no grupo experimental, o ensino do uso correto da medicação, oxigenoterapia e auxiliares de ventilação, reduziram o risco de progressão da doença e crises respiratórias.

Liao, et al (2015) no estudo experimental com 61 pessoas em dois grupos, com o objetivo de avaliar os efeitos de um conjunto de exercícios de reabilitação respiratória em dispneia, tosse, tolerância ao exercício e expectoração entre doentes idosos hospitalizados com AECOPD concluíram que nos indivíduos do grupo experimental, a dispneia e a tosse diminuíram, e a tolerância ao exercício e a expectoração do escarro aumentaram significativamente em comparação com as dos doentes do grupo controle.

Comini, et al (2016) no estudo experimental com 23 doentes avaliados em alta hospitalar (T0, n = 23) e 6 meses depois (T6, n = 16), com o objetivo de avaliar o tempo decorrente dos resultados clínicos e de qualidade de vida da qualidade de vida da carga de sobreviventes e cuidadores de longa duração da UTI referem que, na comparação T0 a T6, os sujeitos melhoraram significativamente a percentagem de previsão de FVC, pressão expiratória máxima, tolerância ao esforço e incapacidade.

Cheng, et al (2014) no estudo experimental com 64 pessoas com DPOC com o objetivo de avaliar o efeito da reabilitação pulmonar sobre a função cardíaca em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), referem que após o programa de reabilitação, houve melhorias significativas nos domínios de tempo e

frequência cardíaca como melhorias simultâneas na QVRS, capacidade de exercício, escore de dispneia e força muscular respiratória.

Collins, et al (2014) estudo experimental com 103 doentes com DPOC (33 no ramo treinamento de exercício físico mais hélio, 35 nos ramos exercício físico mais treinamento respiratório e oxigénio e 35 no ramo exercício) com o objetivo de avaliar a eficácia das três técnicas diferentes na tolerância ao exercício na DPOC, concluem que no grupo exercício físico mais treinamento respiratório e oxigénio os resultados forma melhores. Neste grupo a duração do exercício melhorou e a hiperinflação foi reduzida, sendo os resultados mais evidentes após as seis semanas. Destacam, também, um aumentando na oxigenação dos músculos locomotores. Revelam igualmente que os resultados dos restantes grupos foram piores, não diferendo grande alteração em comparação entre eles.

Por fim, Sosnowski, et al (2015) após a realização de uma revisão sistemática da literatura com base em pesquisas nas bases de dados eletrônicas do PubMed, o Índice cumulativo de enfermagem e Literatura em Saúde Aliada, Ovid Medline e Google Scholar, com o objetivo de avaliar o impacto das práticas de reabilitação precoce sobre os resultados funcionais e a qualidade de vida em sobreviventes da unidade de terapia intensiva para adultos concluem que a reabilitação precoce aumenta a tolerância aos procedimentos. Observaram igualmente a diminuição do tempo para extubação, do tempo de internamento e da duração da ventilação mecânica, assim como, uma melhoria no alívio da dor e ansiedade, facilitando o padrão ventilatório.

Em suma, e interligando os resultados obtidos por todos estes estudos podemos concluir que a reabilitação respiratória tem benefícios diretos na recuperação, não só da funcionalidade respiratória, mas igualmente na autonomia e autocuidado dos doentes uma vez que traduz um incremento na tolerância ao esforço e assim melhoria no padrão locomotor. Observando os indicadores dos cuidados sensíveis a enfermagem podemos constatar a influência positiva dos mesmos em vários fatores, resumidos na tabela 8, como: estado funcional; autocuidado; controle de sintomas; segurança/ocorrências adversas; satisfação do cliente, apoio psicológico; utilização dos serviços de saúde; gestão do regime terapêutico; e qualidade de vida.

Tabela 8 – Relação entre as variáveis de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e deficit de autocuidado e funcionalidade

| Variáveis | Deficit de funcionalidade |
|----------------------------------|---|
| Estado Funcional | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento da independência física e funcional (Cheng, et al 2014; Collins, et al,2014; Comini, et al,2016; Liao, et al, 2015; Liu, et al, 2015; Sosnowski, et al, 2015) • Aumento das atividades de vida diárias (Cheng, et al 2014; Collins, et al,2014; Liao, et al, 2015; Liu, et al, 2015) • Capacidade de realizar atividades (Cheng, et al 2014; Collins, et al,2014; Comini, et al,2016; Liu, et al, 2015; Sosnowski, et al, 2015) • Mobilidade (Cheng, et al 2014; Collins, et al,2014; Comini, et al,2016; Liao, et al, 2015; Liu, et al, 2015; Sosnowski, et al, 2015) |
| Autocuidado | <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado (Cheng, et al 2014; Collins, et al,2014; Comini, et al,2016; Liao, et al, 2015; Liu, et al, 2015) • Habilidade para o Autocuidado (Cheng, et al 2014; Collins, et al,2014; Comini, et al,2016; Liao, et al, 2015; Liu, et al, 2015) • Promoção do Autocuidado terapêutico (Cheng, et al 2014; Collins, et al,2014; Comini, et al,2016; Liao, et al, 2015; Liu, et al, 2015) |
| Controle de Sintomas | <ul style="list-style-type: none"> • Aspetos Fisiológicos (Cheng, et al 2014; Collins, et al,2014; Comini, et al,2016; Liao, et al, 2015; Liu, et al, 2015; Sosnowski, et al, 2015) • Conhecimento sobre a doença (Cheng, et al 2014; Collins, et al,2014; Comini, et al,2016; Liao, et al, 2015; Liu, et al, 2015) • Gestão de sintomas (Comini, et al,2016; Liao, et al, 2015; Liu, et al, 2015) |
| Segurança/ocorrência adversas | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento da Segurança (Cheng, et al 2014; Collins, et al,2014; Comini, et al,2016; Liao, et al, 2015; Liu, et al, 2015; Sosnowski, et al, 2015) • Diminuição de Complicações (Comini, et al,2016; Liao, et al, 2015; Liu, et al, 2015; Sosnowski, et al, 2015) |
| Satisfação do Cliente | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento dos níveis de satisfação com cuidado (Cheng, et al 2014; Collins, et al,2014; Comini, et al,2016; Liao, et al, 2015; Liu, et al, 2015; Sosnowski, et al, 2015) |
| Apoio psicológico | <ul style="list-style-type: none"> • Bem-estar psicológico (Cheng, et al 2014; Collins, et al,2014; Comini, et al,2016; Liao, et al, 2015; Liu, et al, 2015; Sosnowski, et al, 2015) |
| Utilização dos serviços de saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição dos dias de internamento (Sosnowski, et al, 2015) • Diminuição o número de internamento e reinternamento (Sosnowski, et al, 2015) |
| Gestão do regime terapêutico | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento do conhecimento do regime terapêutico (Collins, et al,2014; Comini, et al,2016; Liao, et al, 2015) |
| Qualidade de Vida | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento da qualidade de vida (Cheng, et al 2014; Collins, et al,2014; Comini, et al,2016; Liao, et al, 2015; Liu, et al, 2015; Sosnowski, et al, 2015) • Aumento do estado de saúde (Collins, et al,2014; Liao, et al, 2015; Liu, et al, 2015) • Satisfação do Paciente (Cheng, et al 2014; Collins, et al,2014; Comini, et al,2016; Liao, et al, 2015; Liu, et al, 2015; Sosnowski, et al, 2015) |

Assim, a reabilitação respiratória assume um papel basilar no incremento de funcionalidade e melhoria no autocuidado das pessoas com patologia do foro respiratório, doenças estas crónicas e em crescimento em toda a população mundial (Ferreira e Gomes, 2017). A enfermagem em geral e em particular a especialidade de reabilitação tem assim um contributo importante no seio de uma equipa multidisciplinar garantindo condições de excelência para as pessoas com estas afeções viverem mais tempo com acréscimo de qualidade de vida (Cordeiro e Menoita, 2012).

2.3 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Para conseguirmos identificar e avaliar os ganhos dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa com alterações do foro respiratório, é necessário ter em conta que estas pessoas, como já foi referido apresentam défices no seu autocuidado, que precisam do suporte dos profissionais de saúde para garantir a satisfação das suas necessidades. Estes cuidados podem ser variados e dependem do nível do grau desses défices.

Desta forma, a estrutura conceptual que fundamenta este relatório assenta no modelo de autocuidado desenvolvido por Fonseca e Lopes (2014) sustentado em duas componentes. A primeira componente é composta pelo Modelo do Autocuidado de Orem (2001), onde assentam as três teorias que o compõem: a Teoria de Autocuidado, a Teoria de Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Graham, 2006 e Schub, 2012). A segunda componente remete o continuum de funcionalidade proposto pela CIF (2004), a descrição do nível funcional (não há problema, problema ligeiro, problema moderado, problema grave e problema completo) e, com base nesta relação, os défices de autocuidado (CIF, 2004).

Assim serão desenvolvidos seguidamente o conceito de autocuidado e o Modelo de autocuidado de Orem (2001) e a Avaliação da capacidade funcional na qual insere-se a Classificação internacional da Funcionalidade.

2.3.1 – AUTOCUIDADO

O termo autocuidado tornou-se o alicerce fundamental para várias teorias de médio alcance desenvolvidas, com base nas pesquisas e estudos efetuados, com o objetivo de enquadrar as práticas, os fatores que influenciam e o resultado das intervenções de enfermagem no autocuidado. Assim, o autocuidado, é definido como um conceito universal, onde estão englobadas todas as atividades que fomentam o benefício para garantir o bem-estar e a saúde, não se centrando somente nas atividades de vida diárias e instrumentais (Queirós, 2010).

Desta forma, Orem (2001) refere que o autocuidado remete para todas as atividades que o indivíduo é capaz de desempenhar para manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar. Estas atividades estão baseadas no conjunto de comportamentos adquiridos pelo indivíduo e a forma como ele utiliza-os para relacionar-se com o mundo, tendo em conta a sua dimensão cultural, social e cognitiva (Queirós, 2010). Deste modo, Orem (2001) afirma que as crenças, antecedentes sociais e culturais, características pessoais, e relação entre os profissionais de saúde e os indivíduos são alguns dos agentes que afetam os comportamentos de autocuidado (Orem, 2001).

Assim, Orem (2001), na sua matriz conceptual, define o agente de autocuidado e o comportamento de autocuidado como dois conceitos fundamentais e distintos que ao interligarem-se, interagem entre si (Orem, 2001).

Desta forma, a capacidade de uma pessoa desenvolver comportamentos de autocuidado, define, para Orem (2001) o agente de autocuidado. Esta capacitação é intrínseca aos indivíduos e possui vários domínios. Citando Fonseca e Lopes (2014) estes domínios são:

“o domínio cognitivo, através do conhecimento da condição de saúde, das capacidades de autogestão e de tomada de decisão; o domínio físico, que se traduz na capacidade física para levar a cabo as ações de autogestão; o domínio emocional ou psicossocial, que abrange atitudes, valores, desejos e motivação bem como competência percebida para desenvolver as ações de autogestão, e finalmente, o domínio comportamental, que se refere às capacidades necessárias para desenvolver o comportamento de autocuidado” (Fonseca e Lopes, 2014, p.44).

O comportamento de autocuidado diz respeito às práticas que o indivíduo é capaz de desempenhar num continuum temporal com vista a manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar (Orem, 2001).

Consequentemente, como descreve Orem (2001), o foco e a finalidade dos cuidados de enfermagem baseiam-se no autocuidado, tendo como objetivo a melhoria do estado de saúde e funcionamento da pessoa nas varias fases do seu ciclo de vida. Assim, o seu modelo assenta nesses cuidados que garantem a satisfação das necessidades de autocuidado. Este modelo como refere Graham (2006) e Schub (2012) integra três teorias de enfermagem, a Teoria de Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

A Teoria de Autocuidado remete para o conjunto de comportamentos efetuados, por qualquer pessoa, com o objetivo de garantir o seu autocuidado e a manutenção da vida, comportamentos estes que afetam o seu próprio desenvolvimento, funcionalidade, saúde ou bem-estar (Graham, 2006 e Schub, 2012). Estas necessidades de autocuidado podem ser agrupadas em três categorias; necessidades de autocuidado universal, necessidades de desenvolvimento e necessidades decorrentes da ausência de saúde. Desta forma, o autocuidado é um conceito dinâmico uma vez que assenta no crescimento individual complexo influenciado por vários fatores como a educação, cultura e experiencias anteriores (Graham, 2006 e Schub, 2012).

Quando as necessidades de autocuidado são superiores a capacidade de autocuidado, as pessoas experienciam desvios de saúde e necessitam de cuidados. Neste âmbito torna-se incapazes de sozinhos garantirem a satisfação das suas necessidades ou a de quem depende de si, levando a que se suportem dos recursos envolventes existentes na sua comunidade. Assim este paradigma descreve a Teoria do Défice de Autocuidado, onde a atuação de enfermagem pode ser realizada de três modos diferentes: fornecer suporte físico ou psicológico; atuar no intuito de fazer ou orientar e dirigir; fomentar um ambiente de apoio e ensino (Graham, 2006 e Schub, 2012).

Por fim a Teoria dos Sistemas de Enfermagem diz respeito a todas as intervenções efetuadas pela enfermagem, nos seus cuidados, que garantem e suportam a recuperação do autocuidado nas pessoas. Estas intervenções variam consoante o nível apoio necessitado, podendo dividir em três sistemas. O sistema completamente compensatório, onde o enfermeiro executa todas as atividades de forma a garantir a manutenção de vida ou funcionamento fisiológico da pessoa, uma vez que esta é completamente incapaz de a realizar por si mesma. O sistema de compensação parcial onde por um período transitório os cuidados de enfermagem complementam as necessidades de autocuidado dirigidas pelas pessoas, que neste caso, são capazes de assumir as responsabilidades de autocuidado. O sistema de apoio-educativo onde as pessoas são por si só capazes de executar as suas tarefas e atividades de autocuidado, necessitando apenas do apoio psicológico ou educacional, fornecido pelo enfermeiro (Graham, 2006 e Schub, 2012).

2.3.2 – AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

A avaliação da capacidade funcional, surge, como ponto de partida para a prestação de cuidados de saúde de excelência, onde estão inseridos os cuidados de enfermagem. É através dela, que conseguimos aflorar as capacidades do indivíduo e seus défices, traçar objetivos para colmatar esses défices e assim garantir a potencialidade funcional da pessoa. Neste âmbito, para garantir que os dados obtidos sejam independentes das perceções pessoais dos profissionais e de modo a existir uma linguagem universalmente reconhecida, os vários conselhos, organizações e entidades científicas foram formulando diversas classificações tendo, como o objetivo, a prestação de cuidados de enfermagem com uma base científica e de utilização universal. Assim, a abordagem seguinte irá centrar-se nas principais classificações para a área dos cuidados de enfermagem.

O Regulamento do Exercício da Prática de Enfermagem (Decreto-Lei 161/96), em Portugal, como noutros países, traduz esta mesma necessidade pois afirma que as atividades de enfermagem podem ser autónomas e interdependentes (ponto 1 do artigo 9º) e na prática dos cuidados de enfermagem deve utilizar-se uma metodologia científica em todo o processo de cuidados desde a “identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade” (Decreto-Lei 161/96, 1996, p2961), na recolha e análise dos dados, formulação do diagnóstico e consequente elaboração dos planos de prestação de cuidados de enfermagem a sua colocação em prática na execução dos mesmos e posterior avaliação dos cuidados prestados e reformulação de novas intervenções.

Assim sendo, desta necessidade de basear a prestação de cuidados com metodologia científica o Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses, ICN) surge com A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) adotada pelos países europeus. Esta classificação afirma-se como sendo um instrumento que potencia a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem para os doentes e

famílias, uma vez que sustenta as decisões de enfermagem, melhora a comunicação entre enfermeiros e com os restantes profissionais quer na área de saúde quer na decisão política, pois garante uma documentação padronizada da sua prática (OE, 2009b).

Paralelamente, a Organização Mundial de Saúde, desenvolveu um leque variado de instrumentos de avaliação e medida no contexto dos cuidados em saúde, de forma a possuir um caráter mundial e com isso existir não só uma aplicação prática mais uniformizada entre os diversos países, como a possibilidade de articular dados das mais diversas regiões mundiais. Assim, a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) surge como uma delas (CIF, 2004).

A CIF, foi aprovada pela Quinquagésima Quarta Assembleia Mundial de Saúde em 2001, substituindo a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, desenvolvida com caráter experimental em 1980 (CIF, 2004). Ela pertence a um conjunto de classificações internacionais desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde para a codificação de uma vasta panóplia de dados e informações sobre saúde, munindo-se de uma linguagem comum e padronizada que fomenta a comunicação de saúde e cuidados de saúde entre várias áreas e ciências em todo o mundo. Desta forma, a CIF alterou o paradigma da anterior classificação, baseando-se em componentes de saúde ao invés de centra-se na dimensão e consequência da doença (CIF, 2004).

Esta Classificação permite, assim, identificar e descrever a saúde e estados relacionados com a saúde, munindo-se de uma linguagem unificada e padronizada (CIF, 2004). Desta forma, são elencados na CIF os domínios da saúde e os domínios relacionados com esta, sendo baseados na dimensão do corpo, indivíduo e sociedade, estando divididos em dois componentes básicos, as funções e estruturas do corpo e as atividades e participação. A funcionalidade, é um termo transversal a estes domínios, assim como a incapacidade que não só inclui as deficiências, como também a limitação da atividade e/ou restrição na participação. Contudo, a CIF não se limita a estes fatores, pois insere igualmente os fatores contextuais que incluem os fatores pessoais e ambientais, como podemos observar na tabela 9, interligando-os nos outros componentes (CIF, 2004).

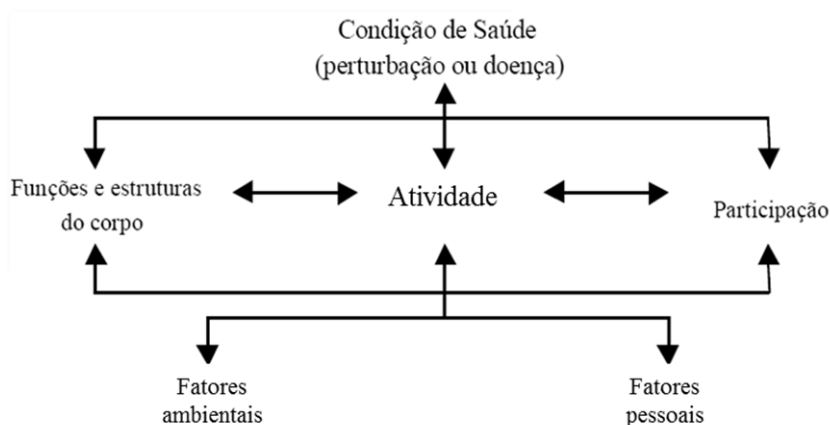
Tabela 9 – Visão Geral da CIF

| | Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade | | Parte 2: Fatores Contextuais | |
|-------------------|---|--|---|--|
| Componentes | Funções e Estruturas do Corpo | Atividades e Participação | Fatores Ambientais | Fatores Pessoais |
| Domínios | Funções do Corpo Estruturas do Corpo | Áreas Vitais (tarefas, ações) | Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade | Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade |
| Constructos | Mudança nas funções do corpo (fisiológicas) Mudança nas estruturas do corpo (anatômicas) | Capacidade Execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho/Execução de tarefas no ambiente habitual | Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal | Impacto dos atributos de uma pessoa |
| Aspetos positivos | Integridade funcional e estrutural | Atividades Participação | Facilitadores | Não aplicável |
| | Funcionalidade | | | |
| Aspetos negativos | Deficiência | Limitação da atividade Restrição da participação | Barreiras | Não aplicável |
| | Incapacidade | | | |

Fonte: CIF (2004)

Assim, a funcionalidade de um indivíduo num domínio específico surge como resultado de uma complexa interação dinâmica entre os fatores contextuais e a sua condição de saúde. A intervenção realizada num elemento pode alterar um ou vários outros elementos. Esta interação é recíproca e a condição de saúde pode sofrer alteração na presença da deficiência. Todavia, é fundamental a recolha de dados sobre os diversos construtos de forma independente, e à posteriori, observar as ligações e interações causais entre eles, pois para traçar, na globalidade, uma experiência de saúde, todos os componentes são importantes (CIF, 2004). Estas ligações entre os componentes podem ser traduzidas num esquema como é demonstrado na figura 1.

Figura 1 – Interação entre os componentes da CIF



Fonte: CIF, 2004

Desta forma, a CIF representa uma ferramenta útil em vários níveis e contextos. Na prática clínica dos profissionais de saúde a sua utilização permite avaliar necessidades e resultados a vários níveis incluindo a área de reabilitação (CIF, 2004). Recentemente tem merecido interesse no campo político com o planeamento da atuação dos diversos organismos na área da saúde, segurança social e inclusive educacional com a sua aplicação na elaboração de programas educacionais (Bartholomeyczik et al., 2006; O'Donovan, Doyle e Gallagher, 2009). Em Portugal podemos observar, como exemplo, o Decreto-Lei nº3/2008, onde o Ministério da Educação estabeleceu que, no relatório técnico-pedagógico de referenciação, deveriam estar contidos os dados obtidos da aplicação da CIF.

2.4 – OBJETIVOS

Neste âmbito, e com a necessidade de aquisição de conhecimentos que permitam a responder as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação realizamos este relatório final. Na vasta amplitude de atuação que a área de Enfermagem de Reabilitação possui decidimos focar na reabilitação respiratória, uma área de importância como já foi mencionada anteriormente, formulando-se a seguinte pergunta de investigação: quais os ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação, nas pessoas com alterações do foro respiratório, com base no modelo do autocuidado?

A partir desta pergunta inicial, foram formulados os seguintes objetivos que pretendemos com este relatório final dar resposta:

- Avaliar a funcionalidade das pessoas com alterações do foro respiratório
- Adquirir competências na prestação de cuidados específicos de Enfermagem de Reabilitação, seguindo as necessidades das pessoas com alterações do foro respiratório

- Definir ganhos de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, com base no modelo de autocuidado

Assim, iremos abordar neste capítulo a fundamentação das intervenções de reabilitação, na área respiratória, destacando a revisão sistemática da literatura efetuada sobre os indicadores sensíveis aos cuidados de saúde na área da reabilitação na pessoa com alterações do foro respiratório e posteriormente, enquadrar a realização do projeto à luz da teoria de Enfermagem, base fundamental para uma evidência científica com excelência.

2.5 – METODOLOGIA

A metodologia de cuidados enfermagem a ser desenvolvida baseia-se na teoria de médio alcance proposta por Lopes (2005), onde refere que os cuidados de enfermagem se desenvolvem num continuum de processos de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica, produtora de ganhos em saúde (Donabedian, 2005). Deste modo, estes processos baseiam-se numa vertente cronológica, ao longo de todo o processo de prestação de cuidados, com base no alicerce da relação do enfermeiro com o utente, centrando-se em objetivos terapêuticos definidos em conjunto (Lopes, 2005).

Assim, para Lopes (2005) esta metodologia inicia o seu processo com avaliação das necessidades do cliente, de forma a iniciar o processo de estabelecimento de relação enfermeiro-utente, como compreender o estado de saúde do utente e as relações que estabelece com familiares, amigos e prestadores de cuidados de saúde. Em concordância com Lopes (2005) podemos verificar que o ponto 3 do artigo 5º do REPE afirma que os cuidados de enfermagem devem incluir uma metodologia científica, baseada

inicialmente em identificar os problemas de saúde do indivíduo, família, grupos e comunidade, através da recolha dos dados identificados, utilizando instrumentos de colheita de dados e, munindo-se dessa informação, a formulação de diagnósticos de enfermagem (Ministério da Saúde, 1998).

Após o levantamento das necessidades, ou seja, da fase diagnóstica, segue-se o processo de intervenção terapêutica de enfermagem dirigida ao doente e família, bem como à interface destes com o grupo de doentes e a organização (Lopes, 2005). O mesmo autor (2005) defende que o resultado da ação dos cuidados de enfermagem, traduz benefícios concretos na saúde das pessoas, tal como nos refere Donabedian (2005) e que estes ganhos são ao nível do estado funcional, autocuidado, controle de sintomas, segurança/ocorrência adversas e satisfação do cliente.

2.5.1 – INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS

A utilização de Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem onde a área da Reabilitação não é exceção traduz não só uma realidade basilar para garantir a melhoria dos cuidados de enfermagem, mas também dar o suporte necessário para a prática de enfermagem pois permite um padrão referencial de documentação para o prestador de cuidados, funcionando como alicerce para a intervenção junto do indivíduo e família.

Neste sentido, nesta estratégia de intervenção profissional, materializada neste relatório final, decidimos munir-nos de três instrumentos que irão garantir a obtenção dos dados necessários para realizar a nossa intervenção como futuros enfermeiros especialistas no campo da apreensão de conhecimentos e finalmente a avaliação desta intervenção. Assim, utilizamos o recentemente criado Elderly Nursing Core Set (ENCS) (Fonseca e Lopes, 2014), juntamente com a Medida de Independência Funcional (MIF) (DGS, 2011) e Escala de Borg modificada-avaliação da dispneia.

Elderly Nursing Core Set (ENCS) (Fonseca e Lopes, 2014)

O ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) foi elaborado com base na Classificação Internacional da Funcionalidade. Neste âmbito foi desenvolvida a escala com o fundamento de avaliar o estado funcional do indivíduo e com isso prever os cuidados inerentes (Fonseca e Lopes, 2013).

Composto por 25 itens considerados sensíveis aos cuidados de enfermagem, o ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) tem como objetivo avaliar as necessidades de cuidados de enfermagem e os seus resultados. Com indicadores sensíveis, apresenta como propriedades psicométricas uma variância total explicada de 66,46% kaiser-meyer-olkin (KMO)= 0.923, demonstrando a elevada correlação inter-intens da escala (Fonseca e Lopes, 2013).

Este instrumento é dividido em quatro componentes. A primeira, composta por doze itens, é relacionada com os aspetos funcionais relacionados com os cuidados pessoais, a segunda componente é composta por constituintes associados à atenção, à orientação, à memória e à consciência, a terceira componente está relacionada com os fatores de diálogo, no que diz respeito ao falar, ao conversar e a última componente está associada a aspetos relacionados com os prestadores de cuidados pessoais e amigos (Fonseca e Lopes, 2013).

Desta forma, serão medidas as dimensões das funções mentais, dor, funções do aparelho cardiovascular, do aparelho respiratório, comunicação, autocuidados, mudar e manter a posição, transportar, mover e manusear objetos, andar e deslocar-se, relacionamentos pessoais interpessoais (Fonseca e Lopes, 2013).

Medida de Independência Funcional (MIF) (DGS, 2011)

A MIF criada pela Academia de Medicina Física de Reabilitação e o Congresso Americano de Medicina de Reabilitação, baseia-se Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (OE, 2016). O seu objetivo principal dá enfoque na avaliação “do grau de capacidade/incapacidade funcional de adultos e idosos, avaliando o desempenho da pessoa e a necessidade de cuidados exigida para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária.” (OE, 2016, p.27).

Desta forma, constituída por dezoito itens, com enfoque no autocuidado (seis itens), controlo de esfíncteres (dois itens), mobilidade e transferências (três itens), locomoção (dois itens), comunicação (dois itens) e cognição social (três itens), permite, segundo o mesmo autor (2016), demonstrar a eficácia da intervenção terapêutica de reabilitação e deste modo os ganhos em autonomia. Nesse instrumento, o score inclui sete pontos que intervala entre um (completa dependência) e o sete (completa independência).

Sendo uma escala com bastante utilização no campo da reabilitação, será aplicada a MIF, versão Portuguesa, que a Direcção-Geral da Saúde (DGS) indica na sua norma nº 054/2011 de 27/12/2011.

Escala de Borg modificada-avaliação da dispneia

A Escala de Borg modificada- avaliação da dispneia, criada em 1982, pertence a um conjunto de escalas que possibilita avaliar a função respiratória do indivíduo em tempo real. Assim, permite avaliar o grau de dispneia percebida em tempo real possibilitando inferir os limites seguros para a realização das atividades (OE, 2016). Deste modo, a escala apresenta-se com uma pontuação de 0 a 10 pontos, na qual o 0 corresponde a sensação de nenhuma falta de ar e o 10 a falta de ar máxima. É, assim,

solicitado à pessoa “que indique o número e descrição que corresponde à sensação de dispneia num determinado momento ou tarefa” (OE, 2016, p.45).

2.5.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo deste projeto centra-se nas pessoas que apresentem dependência no autocuidado, internadas nas unidades de cuidados onde decorreu o Estágio Final. Como primeiro critério de inclusão definimos, que todas as pessoas inseridas, necessitavam de cuidados de reabilitação no seu internamento e possuíam uma patologia respiratória, sendo este o motivo de internamento ou presente como antecedente pessoal.

No total, a amostra constitui-se de 30 pessoas com dependência no autocuidado com patologia respiratória, sendo 14 participantes do CMRA (46%) e 16 do HPV (54%). Desta forma, como refere Fortin (2009) a amostra é de conveniência ou accidental, sendo constituída por utentes que correspondam aos critérios de inclusão estabelecidos. Atendendo a este predicado, foram constituídos como critérios de inclusão, pessoas com grau de dependência no autocuidado, que necessitassem de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, com idade igual ou superior a 18 anos que, após consentimento livre e esclarecido, autorizassem a sua participação.

Procedemos a avaliações com instrumentos selecionados, no momento da admissão (avaliação inicial) e no momento da alta da pessoa (avaliação final) a todas as pessoas que preencheram os critérios de inclusão e que se mostraram disponíveis a responder ao questionário apresentado. Foram excluídas todas as pessoas que não realizaram as duas avaliações.

Devido a condicionantes temporais para a realização do relatório final, pela tipologia e tempo de internamento o intervalo entre a avaliação inicial e final não foram similares para toda a população que colaborou no projeto. Assim, no CMRA o intervalo

temporal entre as duas avaliações foi de sensivelmente 60 dias (8 semanas), enquanto no HPV o intervalo temporal foi mais reduzido, sensivelmente 15 dias (duas semanas).

2.5.3 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A elaboração deste projeto assenta em diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem, como refere Nunes (2013), onde enumera os princípios éticos da Beneficência, Avaliação da maleficência, Fidelidade, Justiça, Veracidade e Confidencialidade, bem como o respeito pelos direitos dos participantes no estudo que deverão ser salvaguardados. Deste modo, em conformidade com os princípios éticos, direitos dos participantes e os preceitos deontológicos estabelecidos para a Enfermagem serão adotadas algumas diretrizes. O presente projeto será alvo de apreciação pela Comissão de Ética para as Ciências da Saúde da Universidade de Évora.

Todos os instrumentos de colheita de dados serão codificados com um número, que será unicamente do conhecimento do mestrando, com vista a assegurar a salvaguarda da confidencialidade e anonimato dos participantes, de modo a que nenhum destes seja passível de ser reconhecido com a apresentação dos resultados. Será explicado aos participantes o procedimento associado ao tratamento e armazenamento dos dados, bem como a possibilidade da recusa ou interrupção da sua participação (Nunes, 2013).

2.6 – RESULTADOS

Iniciando a apresentação dos resultados, e realizando a análise sociodemográfica da população alvo, iremos caracterizar seguidamente a mesma, tendo em conta os critérios

sociais tais como a idade, sexo, estado civil, índice de massa corporal (IMC) e nível de escolaridade. Seguidamente abordar-se-ão os resultados segundo os conceitos de autocuidado, aprendizagem e funções mentais, comunicação e de relação com amigos e cuidadores.

Para análise dos dados referentes ao instrumento ENCS (Fonseca e Lopes, 2014), MIF (DGS, 2011) e a Escala de Borg modificada - avaliação da dispneia, será utilizado o programa informático de análise estatística, Statistical Package for the Social Sciences, SPSS, versão 24.

Descrição Sociodemográfica

Relativamente a idade, observamos uma média de idades de 65,5 anos, com idades compreendidas ente 39 anos (mínimo) e 83 anos (máximo). Desta forma, existe um intervalo de 44 anos entre o valor mais baixo e o mais alto. A dispersão, em termos médios, relativamente à média, situa-se nos 11,36. A moda apresenta um valor de 64 anos. Analisando por grupos etários observamos que a maior parte da amostra concentra-se nas faixas etárias acima dos 55 anos. Abaixo dos 55 anos verificamos uma percentagem de apenas 13.3% como podemos observar tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição da amostra por grupos etários

| Grupo etário | Valor - n | Percentagem | Percentagem acumulada |
|---------------------|------------------|--------------------|------------------------------|
| 35 – 44 anos | 3 | 10.0% | 10.0% |
| 45 – 54 anos | 1 | 3.3% | 13.3% |
| 55 – 64 anos | 10 | 33.4% | 46.7% |
| 65 – 74 anos | 9 | 30.0% | 77.7% |
| 75 – 84 anos | 7 | 23.3% | 100% |
| Total | 30 | 100% | |

Observando em termos do critério sexo, constatamos que 12 pessoas são do sexo feminino, correspondendo a 40% da amostra total, enquanto que o sexo masculino

representava os restantes 60% (n= 18 pessoas). Dividindo a amostra pelos dois locais em separado, constatamos que no CRMA pessoas do sexo masculino (n=11) constituem o grupo maioritário com uma percentagem de 78,6% em relação aos 21,4% de pessoas do sexo feminino (n=3). No HPV a amostra é mais equilibrada sendo constituída 44% de pessoas do sexo masculino (n=7) para os 56% de pessoas do sexo feminino (n=9).

Deste modo, se cruzarmos as variáveis, local, sexo e grupo etário podemos verificar que a amostra no CMRA é constituída principalmente por pessoas entre os 55 anos a 75 anos do sexo masculino (57,2%). No HPV quer por sexo quer por grupo etário acima dos 55 anos a amostra apresenta-se mais equilibrada, apesar maior numero no sexo feminino dos 55-64 anos e depois nos 75 a 84 anos.

Tabela 11 – Distribuição da amostra por grupos etários, sexo e local

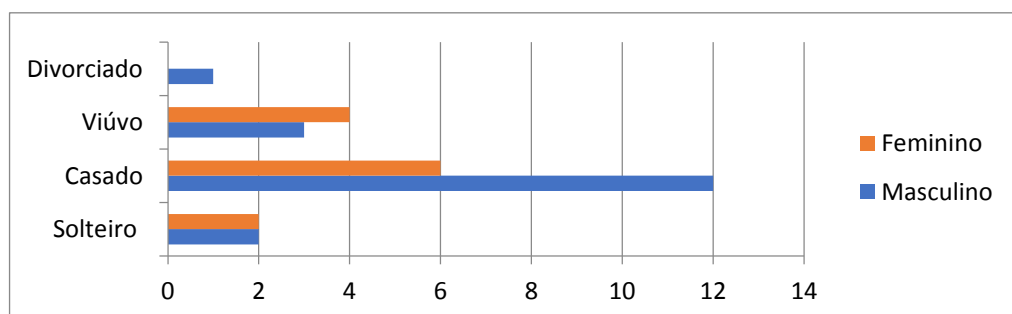
| Local | Grupo etário | Género | Valor - n | Percentagem subtotal | Percentagem total |
|-------|--------------|-----------------|-----------|----------------------|-------------------|
| CMRA | 35 – 44 anos | Masculino | 1 | 7,14% | 3,33% |
| | | Feminino | 1 | 7,14% | 3,33% |
| | 45 – 54 anos | Masculino | 1 | 7,14% | 3,33% |
| | | Feminino | 0 | 0% | 0,00% |
| | 55 – 64 anos | Masculino | 4 | 28,58% | 13,33% |
| | | Feminino | 0 | 0% | 0,00% |
| | 65 – 74 anos | Masculino | 4 | 28,58% | 13,33% |
| | | Feminino | 1 | 7,14% | 3,33% |
| | 75 – 84 anos | Masculino | 1 | 7,14% | 3,33% |
| | | Feminino | 1 | 7,14% | 3,33% |
| | | Subtotal | 14 | 100% | 46,64% |
| HPV | 35 – 44 anos | Masculino | 1 | 6,25% | 3,33% |
| | | Feminino | 0 | 0% | 0,00% |
| | 45 – 54 anos | Masculino | 0 | 0% | 0,00% |
| | | Feminino | 0 | 0% | 0,00% |
| | 55 – 64 anos | Masculino | 2 | 12,5% | 6,67% |
| | | Feminino | 4 | 25% | 13,33% |
| | 65 – 74 anos | Masculino | 2 | 12,5% | 6,67% |
| | | Feminino | 2 | 12,5% | 6,67% |
| | 75 – 84 anos | Masculino | 2 | 12,5% | 6,67% |
| | | Feminino | 3 | 18,75% | 10,00% |
| | | Subtotal | 16 | 100% | 54,34% |
| | | Total | 30 | | 100% |

No que concerne ao estado civil, a maioria das pessoas é casada (60%), seguindo-se as pessoas viúvas (23,3%), as pessoas solteiras (13,3%) e finalmente as pessoas divorciadas (3,3%). Na análise por sexo, observamos que a população masculina é maioritariamente casada, assim como a feminina. Na condição de divorciado apenas aparece uma pessoa do sexo masculino, estando ausente no sexo feminino.

Tabela 12 – Caracterização da amostra segundo o estado civil e sexo

| Sexo | Estado civil | | | | | | | |
|------------------|--------------|--------------|------------|------------|------------|--------------|------------|-------------|
| | Solteiro | | Casado | | Viúvo | | Divorciado | |
| | Frequência | % | Frequência | % | Frequência | % | Frequência | % |
| Masculino | 2 | 6,7% | 12 | 40% | 3 | 10 % | 1 | 3,3% |
| Feminino | 2 | 6,7% | 6 | 20% | 4 | 13,3% | 0 | 0% |
| TOTAL | 4 | 13,3% | 18 | 60% | 7 | 23,3% | 1 | 3,3% |

Figura 2 – Caracterização da amostra segundo o estado civil e sexo



Se adicionarmos o critério local, na subamostra CMRA, a população é maioritariamente casada e do sexo masculino, seguindo-se a solteira e feminina. No caso do HPV, o sexo masculino apresenta valores para a condição casado e viúvo, enquanto a população feminina é maioritariamente casada. Não existe nesta subamostra condição de divorciado e apenas uma pessoa é solteira.

Tabela 13 – Caracterização da amostra segundo o estado civil e sexo e Local

| Local | Sexo | Estado civil | | | | | | | |
|-------|--------------|--------------|--------------|------------|------------|------------|--------------|------------|-------------|
| | | Solteiro | | Casado | | Viúvo | | Divorciado | |
| | | Frequência | % | Frequência | % | Frequência | % | Frequência | % |
| CMRA | Masculino | 1 | 3,3% | 9 | 30% | 0 | 0% | 1 | 3,3% |
| | Feminino | 2 | 6,7% | 0 | 0% | 1 | 3,3% | 0 | 0% |
| HPV | Masculino | 1 | 3,3% | 3 | 10% | 3 | 10% | 0 | 0% |
| | Feminino | 0 | 0% | 6 | 20% | 3 | 10% | 0 | 0% |
| | TOTAL | 4 | 13,3% | 18 | 60% | 7 | 23,3% | 1 | 3,3% |

Relativamente ao IMC, calculou-se com base na fórmula $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura (m)}^2$. Utilizando a definição OMS (2000), consideramos como peso saudável os valores de IMC entre os 18,6 e 24,9 kg/m^2 , pré-obesidade de 25 a 29,9 kg/m^2 , obesidade grau I de 30,0 a 34,9 kg/m^2 e obesidade grau II (severa) de 35,0 a 39,9 kg/m^2 . Desta forma, verificamos valores entre 19,13 kg/m^2 e 37,17 kg/m^2 com valor médio de 26,03 kg/m^2 e desvio-padrão de 4,39. A amostra é assim composta por pessoas com peso saudável (43,3%) ou pré-obesidade (40%). Nos critérios de obesidade encontramos quatro pessoas que correspondem a 26,7% da amostra, sendo maioritariamente pertencentes ao grau I.

Tabela 14 – Distribuição da amostra por IMC

| Condição IMC | Valor - n | Percentagem | Percentagem acumulada |
|-------------------|-----------|-------------|-----------------------|
| Peso Saudável | 13 | 43,3% | 43,3% |
| Pré-obesidade | 12 | 40% | 83,3% |
| Obesidade Grau I | 4 | 13,4% | 96,7% |
| Obesidade Grau II | 1 | 3,3% | 100% |
| Total | 30 | 100% | |

Relativamente a escolaridade, observamos que a maior amostra (n=11) centra-se nas pessoas que fizeram exame da 4ª classe e nas pessoas que completaram o 9º ano, representando ambas 36,7% da amostra. Seguem-se as pessoas que não sabem ler nem escrever com 10% e as pessoas que completaram ensino superior. Se cruzarmos o

critério género com o nível de escolaridade, observamos que no sexo feminino, metade da amostra completou o 9º ano de escolaridade, seguindo-se as pessoas que fizeram exame da 4ª classe (33,3%) e por fim as pessoas que não sabem ler nem escrever (16,7%). No sexo masculino, a maioria das pessoas refere ter feito o exame da 4ª classe (39%), seguindo-se os indivíduos que completaram o 9º ano ou equivalente (28%) e 16,5% das pessoas possuem uma licenciatura.

Tabela 15 – Caracterização da amostra segundo o Sexo e Nível de escolaridade

| Nível de escolaridade | Sexo | | | | Total | |
|---|------------|-----------|------------|-----------|------------|-------|
| | Masculino | | Feminino | | | |
| | Frequência | % parcial | Frequência | % parcial | Frequência | % |
| Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever | 1 | 5,5% | 2 | 16,7% | 3 | 10% |
| Frequentou a escola, mas não completou a 4a classe | 1 | 5,5% | 0 | 0% | 1 | 3,3% |
| Fez exame da 4ª classe | 7 | 39% | 4 | 33,3% | 11 | 36,7% |
| Completou o 9º ano, antigo 5º ano (curso geral do liceu/curso industrial/outro equivalente) | 5 | 28% | 6 | 50% | 11 | 36,7% |
| Completou o antigo 7º ano (curso complementar do liceu) | 1 | 5,5% | 0 | 0% | 1 | 3,3% |
| Completou o ensino superior | 3 | 16,5% | 0 | 0% | 3 | 10% |
| TOTAL | 18 | 100% | 12 | 100% | 30 | 100% |

Relativamente as subamostras, podemos observar que no CMRA a maioria das pessoas completaram a 4ª classe (57,4%), seguindo-se as pessoas que completaram o 9º ano (21,3%). Existe ainda uma pessoa que não sabe ler nem escrever, uma que completou o antigo 7º ano e por fim uma que completou o ensino superior. No HPV metade das pessoas completou o 9ª ano (50%), seguindo-se três que completaram a 4ª classe (18,7%) existindo uma que frequentou o ensino primário sem o completar. Neste local ainda duas pessoas referiram ter completado o ensino superior e outras duas que não sabiam ler nem escrever (ambos com 12,5% da amostra).

Tabela 16 – Caracterização da amostra segundo o Local e Nível de escolaridade

| Nível de escolaridade | Local | | | | Total | |
|--|------------|-----------|------------|-----------|------------|-------|
| | CMRA | | HPV | | | |
| | Frequência | % parcial | Frequência | % parcial | Frequência | % |
| Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever | 1 | 7,1% | 2 | 12,5% | 3 | 10% |
| Frequentou a escola, mas não completou a 4a classe | 0 | 0,0 | 1 | 6,3% | 1 | 3,3% |
| Fez exame da 4ª classe | 8 | 57,4% | 3 | 18,7% | 11 | 36,7% |
| Completo o 9º ano, antigo 5º ano (curso geral do liceu/curso industrial/outro equivalente) | 3 | 21,3% | 8 | 50% | 11 | 36,7% |
| Completo o antigo 7º ano (curso complementar do liceu) | 1 | 7,1% | 0 | 0% | 1 | 3,3% |
| Completo o ensino superior | 1 | 7,1% | 2 | 12,5% | 3 | 10% |
| TOTAL | 14 | 100% | 16 | 100% | 30 | 100% |

Conceito de autocuidado

O conceito de autocuidado utilizado pelo ENCS na sua constituição é composto por doze indicadores⁴ com escala tipo *Likert* com 5 pontos (1 – Não há problema: 0-4%; 2 – Problema ligeiro: 5-24%; 3. – Problema moderado: 25-49%; 4 – Problema grave: 50-95%; 5 – Problema completo: 96-100%).

Desta forma, verificamos que na avaliação inicial (tabela 17), a maioria da amostra apresenta problema moderado, constituindo cerca de metade da população total. Nos outros níveis, vemos uma percentagem similar entre problema ligeiro e problema grave (26,7% e 23,3% respetivamente). De salientar que existia apenas uma pessoa no com problema completo e nenhuma sem problema ao nível do autocuidado. Observamos igualmente que a população do CMRA apresenta maior défice de autocuidado, estando a amostra concentrada no problema moderado e grave, enquanto que no HPV a população foi avaliada no problema ligeiro e moderado.

⁴ Lavar-se (d510); vestir-se (d540); cuidar de partes do corpo (d520); deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465); andar (d450); realizar a rotina diária (d230); manter a posição do corpo (d415); mudar a posição básica do corpo (d410); cuidados relacionados com os processos de excreção (d530); utilização da mão e do braço (d445); beber (d560); comer (d550).

Tabela 17 – Descrição do conceito de autocuidado na avaliação inicial

| | CMRA | | HPV | | Total | |
|----------------------------|------------|--------------|------------|-------------|------------|-------------|
| Nível | Frequência | % parcial | Frequência | % parcial | Frequência | % |
| Não há problema: 0-4% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Problema ligeiro: 5-24% | 2 | 14,3% | 6 | 37,5% | 8 | 26,7% |
| Problema moderado: 25-49% | 5 | 35,7% | 9 | 56,3 | 14 | 46,7% |
| Problema grave: 50-95% | 6 | 42,9% | 1 | 6,3% | 7 | 23,3% |
| Problema completo: 96-100% | 1 | 7,1% | 0 | 0% | 1 | 3,3% |
| TOTAL | 14 | 100 % | 16 | 100% | 30 | 100% |

Observando a avaliação final (Tabela 18) denotamos a manutenção de uma pessoa com problema completo, mas uma redução significativa das pessoas com problema grave que passa dos 23,3% para 6,7%. O grupo das pessoas com problema moderado mantém-se com o maior número de pessoas (n – 13), mas observa-se um aumento de pessoas com problema ligeiro, que passa para os 33,3% e o aparecimento de quatro pessoas sem problema. Verificando os locais em separado, podemos concluir que existiu em ambos um decréscimo da gravidade do problema, sendo no CMRA o grupo maioritário com problema moderado e no HPV o grupo maioritário com problema ligeiro.

Tabela 18 – Descrição do conceito de autocuidado na avaliação final

| | CMRA | | HPV | | Total | |
|----------------------------|------------|--------------|------------|-------------|------------|-------------|
| Nível | Frequência | % parcial | Frequência | % parcial | Frequência | % |
| Não há problema: 0-4% | 2 | 14,3% | 2 | 12,5% | 4 | 13,4% |
| Problema ligeiro: 5-24% | 1 | 7,1% | 9 | 56,3% | 10 | 33,3% |
| Problema moderado: 25-49% | 8 | 57,1% | 5 | 37,5% | 13 | 43,3% |
| Problema grave: 50-95% | 2 | 14,3% | 0 | 0% | 2 | 6,7% |
| Problema completo: 96-100% | 1 | 7,1% | 0 | 0% | 1 | 3,3% |
| TOTAL | 14 | 100 % | 16 | 100% | 30 | 100% |

Conceito de aprendizagem e funções mentais

O conceito de aprendizagem e funções mentais utilizado pelo ENCS na sua constituição é composto por seis indicadores⁵ com escala tipo *Likert* com 5 pontos (1 – Não há problema: 0-4%; 2 – Problema ligeiro: 5-24%; 3. – Problema moderado: 25-49%; 4 – Problema grave: 50-95%; 5 – Problema completo: 96-100%).

Desta forma, verificamos que quer na avaliação inicial quer na final não existe ninguém com problema grave ou completo. Na avaliação inicial, a maioria da amostra apresenta problema ligeiro, constituindo cerca de metade da população total. Segue-se as pessoas sem problema com 33,3% e por último 6 pessoas problema moderado. Por locais em separado, podemos constatar que a amostra no CMRA é similar para os três grupos, sem problems, problema ligeiro e problema moderado, enquanto que no HPV a amostra é essencialmente composta por pessoas com problema ligeiro

Tabela 19 – Descrição do conceito de aprendizagem e funções mentais na avaliação inicial

| | CMRA | | HPV | | Total | |
|---------------------------|------------|--------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | Frequência | % parcial | Frequência | % parcial | Frequência | % |
| Não há problema: 0-4% | 6 | 42,9% | 4 | 25% | 10 | 33,3 % |
| Problema ligeiro: 5-24% | 4 | 28,6% | 10 | 62,5% | 14 | 46,7 % |
| Problema moderado: 25-49% | 4 | 28,6% | 2 | 12,5% | 6 | 20,0 % |
| TOTAL | 14 | 100 % | 16 | 100% | 30 | 100% |

Verificando a avaliação final, observamos que não existem grandes variações relativamente a avaliação inicial, existindo melhoria nos doentes do CMRA. No HPV os valores são iguais aos obtidos na avaliação inicial.

⁵ Funções emocionais (b152); Funções da orientação (b114); Funções da atenção (b140); Funções da memória (b144); Funções da consciência (b110); Funções cognitivas de nível superior (b164)..

Tabela 20 – Descrição do conceito de aprendizagem e funções mentais na avaliação final

| | CMRA | | HPV | | Total | |
|---------------------------|------------|--------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | Frequência | % parcial | Frequência | % parcial | Frequência | % |
| Não há problema: 0-4% | 7 | 50% | 4 | 25% | 11 | 36,7% |
| Problema ligeiro: 5-24% | 5 | 35,7% | 10 | 62,5% | 15 | 50,0% |
| Problema moderado: 25-49% | 2 | 14,3% | 2 | 12,5% | 4 | 13,3% |
| TOTAL | 14 | 100 % | 16 | 100% | 30 | 100% |

Conceito de comunicação

O conceito de comunicação é constituído por quatro indicadores⁶ com escala tipo *Likert* com 5 pontos (1 – Não há problema: 0-4%; 2 – Problema ligeiro: 5-24%; 3. – Problema moderado: 25-49%; 4 – Problema grave: 50-95%; 5 – Problema completo: 96-100%).

Desta forma, verificamos que os valores na avaliação inicial e final são muito similares. Assim na avaliação inicial apresentamos 22 pessoas sem problema, sendo a restante amostra incluída nas pessoas com problema ligeiro. Não foram identificadas pessoas com problemas moderados, graves ou completos. Por local as percentagens são próximas as obtidas no total.

Tabela 21 – Descrição do conceito de comunicação na avaliação inicial

| | CMRA | | HPV | | Total | |
|-------------------------|------------|--------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | Frequência | % parcial | Frequência | % parcial | Frequência | % |
| Não há problema: 0-4% | 10 | 71,4% | 12 | 75% | 22 | 73,3% |
| Problema ligeiro: 5-24% | 4 | 28,6 % | 4 | 25% | 8 | 26,7% |
| TOTAL | 14 | 100 % | 16 | 100% | 30 | 100% |

⁶ Falar (d330); Conversação (d350); Comunicar e receber mensagens orais (d310); Relacionamentos familiares (d760)]

Na avaliação final obtivemos 24 pessoas sem problema, ou seja, mais duas que na avaliação inicial., sendo a restante amostra incluída nas pessoas com problema ligeiro, Não foram identificadas pessoas com problemas moderados, graves ou completos. Por local as percentagens são próximas as obtidas no total.

Tabela 22 – Descrição do conceito de comunicação na avaliação final

| | CMRA | | HPV | | Total | |
|-------------------------|------------|--------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | Frequência | % parcial | Frequência | % parcial | Frequência | % |
| Não há problema: 0-4% | 11 | 78,6% | 13 | 81,3% | 24 | 86,7% |
| Problema ligeiro: 5-24% | 3 | 21,4% | 3 | 18,8% | 6 | 13,3% |
| TOTAL | 14 | 100 % | 16 | 100% | 30 | 100% |

Conceito de relação com amigos e cuidadores

O conceito de relação com amigos e cuidadores é constituído por três indicadores⁷ com escala tipo *Likert* com 5 pontos (1 – Não há problema: 0-4%; 2 – Problema ligeiro: 5-24%; 3. – Problema moderado: 25-49%; 4 – Problema grave: 50-95%; 5 – Problema completo: 96-100%).

Desta forma, verificamos que apenas se encontram representados 5 pessoas na amostra total, uma vez que muitas das pessoas responderam as perguntas Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340) e Amigos (e320) com a hipótese de resposta não aplicável. Assim, das cinco pessoas consideradas, duas se posicionaram no problema moderado e outras duas no problema grave, sendo a restante considerada sem problema. Estes valores são apresentados quer na avaliação inicial quer na final.

⁷ Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340); Profissionais de saúde (e355); Amigos (e320).

Tabela 23 – Descrição do conceito de relação com amigos e cuidadores nas duas avaliações

| | Avaliação Inicial | | Avaliação Final | |
|----------------------------|-------------------|-------------|-----------------|-------------|
| | Frequência | % | Frequência | % |
| Não há problema: 0-4% | 1 | 20% | 1 | 20% |
| Problema ligeiro: 5-24% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Problema moderado: 25-49% | 2 | 40% | 2 | 40% |
| Problema grave: 50-95% | 2 | 40% | 2 | 40% |
| Problema completo: 96-100% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| TOTAL | 30 | 100% | 30 | 100% |

De referir que estes dados são exclusivos de pessoas pertencentes a CMRA. No HPV, não obtivemos resultados. Outro dado a salientar, refere-se ao indicador “profissionais de saúde”. Nele obtivemos resposta valida para todas as pessoas, sendo a totalidade incluída no nível sem problema.

2.7 – DISCUSSÃO

Neste ponto, iniciaremos a discussão dos resultados apresentados, realizando a interligação do ENCS (Fonseca e Lopes, 2014) com os resultados obtidos pela MIF (DGS, 2011) e pela Escala de Borg - avaliação da dispneia.

Primeiramente, salientamos que a grande diferença entre a população dos dois locais divergia quanto aos diagnósticos médicos que motivam o internamento. No caso do CMRA, a patologia principal centrava-se nas doenças do sistema nervoso, onde se enquadram os Acidentes Vasculares Cerebrais, existindo igualmente doentes com Lesão Vertebro-medular e um doente com diagnostico primário de patologia neoplásica, mas

com consequência desta patologia uma lesão vertebro-medular. No caso do HPV, todos os doentes inseridos possuíam como motivo de internamento uma patologia respiratória primária.

Para uniformizar os doentes do CRMA com os critérios formulados, foram incluídos apenas os que possuíam problemas do foro respiratório como antecedentes pessoais, ou que no internamento, revelassem diminuição da capacidade respiratória, através dos resultados obtidos nas provas de função respiratória. Desta forma, garantiu-se equidade na amostra relativamente aos problemas respiratórios, base da questão de investigação.

Relativamente aos dados obtidos nos conceitos, constatamos que a maior diferença entre a avaliação inicial e a final prendeu-se no conceito de autocuidado. Desta forma, verificamos uma redução de cinco pessoas com problema grave, uma pessoa com problema moderado e aumento de duas pessoas com problema ligeiro e o aparecimento de quatro pessoas sem problema. Deste modo, podemos concluir que existiu uma melhoria no autocuidado após a intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação no seio de uma equipa multidisciplinar.

Em concordância com estes resultados obtidos pelo ENCS (Fonseca e Lopes, 2014), podemos observar que as funções de predomínio motor presentes na escala da MIF (DGS, 2011), que correspondem as funções de autocuidado (com seis itens), controlo de esfíncteres (com dois itens) transferências (com três itens) e locomoção (com dois itens) que os escores subtotais, igualmente aumentaram de um valor médio de 45/91 para 62/91, tendo o valor mais baixo de 13/91 que na avaliação final passou para 20/91. Neste caso, constatamos que esta avaliação, que apresenta resultados de 1 correspondente a ajuda total nos diversos itens, corresponde ao participante que no instrumento ENCS (Fonseca e Lopes, 2014), apresenta a manutenção do problema completo. Salienta-se que este participante possui uma lesão vertebro-medular alta, a nível da C6, o que traduz um grau de dependência importante e com potencial baixo de melhorar o seu nível de independência funcional.

Em consonância com estes dados, outro fator importante que observamos foi a diminuição dos valores da escala de Borg - avaliação de dispneia inicial nas pessoas que

compõem a amostra, bem como, uma diminuição da dispneia resultante da realização do esforço executado na realização das atividades, traduzindo-se assim um aumento da capacidade funcional. Assim, os valores de dispneia inicial passaram na avaliação inicial de 3/10, ou seja, moderada, para muito, muito leve (0,5/10) na avaliação final, bem como, no final dos exercícios a escala obtida passou de muito severa (7/10) para muito leve 2/10 na avaliação final. O que indica um aumento da capacidade respiratória fundamental para a realização das atividades, traduzindo-se em mais autónoma funcional.

Desta forma, podemos inferir que as intervenções dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação traduziram, inseridas na equipa multidisciplinar, melhoria na funcionalidade das pessoas, sobretudo na dimensão das funções motoras e autocuidado, conforme observamos na revisão sistemática da literatura, inserida neste projeto, que espelha estes mesmos conceitos. Assim, e de forma sistematizada, enumeramos os cuidados de Enfermagem de reabilitação efetuados na tabela abaixo.

Tabela 24 – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação Efetuados

| Área de Atuação | Cuidados de Enfermagem |
|---|---|
| <p>Reeducação Funcional Respiratória</p> <p>(Ferreira e Gomes, 2017; Cordeiro e Menoita, 2012)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de Relaxamento e descanso • Consciencialização e controlo da respiração, com treino de respiração diafragmática e expiração com os lábios semi-serrados • Reeducação diafragmática anterior e posterior e das hemicúpulas direita e esquerda • Reeducação diagramática com resistência (manual, ou com auxílio de dispositivos) • Reeducação costal global com uso de bastão e seletiva, principalmente da porção lateral com abertura • Ensino da tosse dirigida, assistida • Técnicas de drenagem postural e uso de dispositivos como o flutter • Exercícios de correção postural com recurso a espelho quadriculado e bola suíça |
| <p>Treino Muscular</p> <p>(Ferreira e Gomes, 2017; Cordeiro e Menoita, 2012; OE, 2009a)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mobilizações passivas, ativas assistidas, ativas resistidas a nível dos vários segmentos dos membros superiores e inferiores, consoante o nível de capacidade de cada pessoa • Uso de dispositivos como bastão, bola de peso, faixa elástica e halteres • Treino de equilíbrio e correção postural com recurso a espelho quadriculado e bola suíça |

| | |
|--|---|
| <p>Treino da Locomoção e Transferência</p> <p>(Ferreira, Sousa e Vigia, 2017; Cordeiro e Menoita, 2012; OE, 2009a; OE 2011)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Treino da Marcha com e sem apoio • Uso de dispositivos (andarilhos, bengala, tripé) • Prova de Marcha 6 minutos • Treino de subir e descer escadas • Treino de entrada e saída da cama a pessoa com hemiplegia/hemiparesia e com paraplegia, com o uso de tábua de transferência |
| <p>Treino de Higiene Pessoal</p> <p>(Ferreira, Sousa e Vigia, 2017; Cordeiro e Menoita, 2012; OE, 2009a; OE 2011)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ensino sobre a entrada e saída de base de chuveiro ou banheira • Uso de dispositivos (cadeiras para banheira, cadeira sanitária e esponjas de cabo longo, entre outros) |
| <p>Treino de Vestir e Despir</p> <p>(Ferreira, Sousa e Vigia, 2017; Cordeiro e Menoita, 2012; OE, 2009a; OE 2011)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ensino personalizado sobre vestir e despir na posição sentado • Ensino sobre o tipo de roupa preferencial (roupas largas, com molas de pressão, velcro ou fecho éclair, em detrimento a botões, principalmente em doentes com hemiparesia/hemiplegia. • Instrução e treino da pessoa para vestir primeiro o lado mais lesado e a despir este por último • Uso de dispositivos (calçadeiras, abotoadores) |

Desta forma, a intervenção de Enfermagem de Reabilitação a nível respiratório, que contempla a reeducação funcional respiratória, como define Ferreira e Gomes (2017) e Cordeiro e Menoita (2012) permite diminuir o trabalho respiratório e o consumo de oxigénio, promover a expansão pulmonar, progredindo a independência funcional respiratória, reduzindo os sintomas de cansaço e dispneia ao esforço e consequentemente melhorando o nível de independência do indivíduo.

Na mesma linha de ideias os artigos analisados para a revisão sistemática da literatura convergiram para uma melhoria direta da funcionalidade respiratória após a intervenção de um programa de reabilitação respiratória. Liu, et al (2015), Liao, et al (2015), Collins, et al (2014) observaram que os exercícios de reabilitação funcional respiratória melhoram o padrão respiratório do doente, diminuindo a hiperinsuflação bem como a frequência respiratória, potenciam a drenagem postural e, com isso, uma melhor mobilização e excreção de secreções.

Collins, et al (2014) dá enfoque igualmente ao ensino do doente e família sobre o uso correto da medicação, oxigenoterapia e auxiliares de ventilação respiratória, observando-se neste caso melhorias no conhecimento do seu regime terapêutico, e no

uso adequado destes mecanismos no tratamento diário e nas situações de crises. A importância dada ao ensino neste artigo corrobora com as visões de Cordeiro e Menoita (2012) que referem ser fundamental o ensino no utente e família e cuidadores para o usufruto das técnicas de controlo respiratório ao esforço, garantindo maior autonomia na execução das atividades.

Nesse âmbito, analisando o estado funcional e autocuidado, é possível inferir que esta melhoria do padrão respiratório se correlaciona diretamente no aumento verificado da tolerância ao exercício, melhoria nas funções do movimento e oxigenação dos músculos locomotores, possibilitando uma maior autonomia e funcionalidade na realização das atividades de vida diárias, traduzindo-se no incremento da qualidade de vida dos doentes (Liu, et al, 2015; Liao, et al, 2015; Collins, et al, 2014; Comini, et al, 2016)

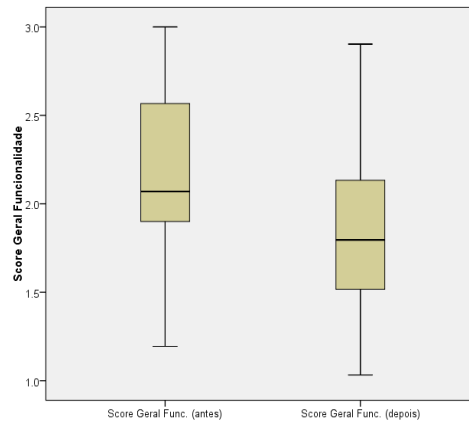
Desta forma, podemos inferir que as ações realizadas durante a intervenção dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação quer no CMRA quer no HPV, vão de encontro ao que identificamos descrito na literatura, onde as ações quando conjugadas no seio de uma equipa multidisciplinar e orientadas para o doente, tendo como base científica e o correto diagnóstico das necessidades e dos cuidados de enfermagem, traduzem ganhos efetivos na independência funcional das pessoas a nível do autocuidado. Deste modo, formulando a seguinte questão, *A ação realizada levou a uma melhoria do score geral de funcionalidade, no caso do serviço CMRA?* observamos que o pressuposto da Normalidade foi validado para os dois momentos, antes (1) e depois (2), com o teste Shapiro-Wilk ($p_{Antes}=0.791$ e $p_{Antes}=0.933$), para um nível de significância estatística de 0.05.

| Testes de Normalidade | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|------|----------|--------------|------|----------|
| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
| | Estatística | g.l. | <i>p</i> | Estatística | g.l. | <i>p</i> |
| Score Geral Funcionalidade (antes) | .140 | 14 | .200* | .964 | 14 | .791 |
| Score Geral Funcionalidade (depois) | .079 | 14 | .200* | .975 | 14 | .933 |

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

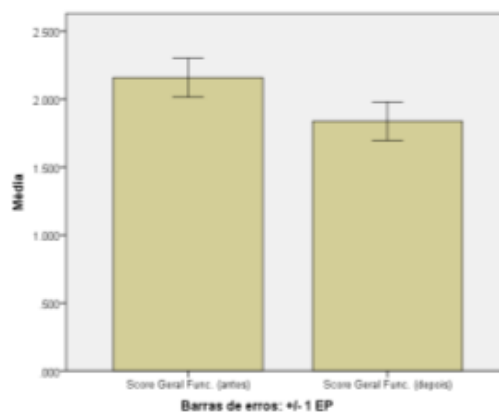
a. Correção de Significância de Lilliefors.

Figura 3 – Variação do Score Geral Funcional no CMRA



Assim, os resultados mostram uma melhoria estatisticamente significativa ao nível do score geral de funcionalidade (31 variáveis, $t(13) = 8.89$ e $p < 0.001$)⁸, relativamente aos momentos “Antes” (*Média*=2.16 e *Erro Padrão da Média*=0.144) e “Depois” (*Média*=1.84 e *Erro Padrão da Média*=0.141). A correlação *Pearson* entre as variáveis antes e depois é muito elevada e estatisticamente significativa ($r=0.968$ com $p < 0.001$).

Figura 4 – Variação da Média do score de funcional no CMRA



⁸ Rejeita-se H0 em que: H0: Score médio “Antes” \square Score médio “Depois”; H1: Score médio “Antes” > Score médio “Depois”, sabendo que a estatística do teste t-Student é positiva ($t=8.12$), pelo que o valor p é para o teste unilateral à direita (Sig. bilateral) /2).

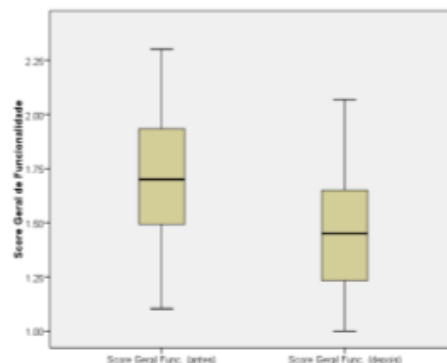
No caso do HPV, colocamos a mesma questão, “A ação realizada levou a uma melhoria do score geral de funcionalidade, no caso do serviço HPV?”. Aqui tal como no CMRA, o pressuposto da Normalidade foi validado para os dois momentos, antes (1) e depois (2), com o teste Shapiro-Wilk ($p_{Antes}=0.945$ e $p_{Depois}=0.965$), para um nível de significância estatística de 0.05.

| Testes de Normalidade | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|----|-------|--------------|----|------|
| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
| | Estatística | gl | Sig. | Estatística | gl | Sig. |
| Score Geral Funcionalidade (antes) | .139 | 16 | .200* | .978 | 16 | .945 |
| Score Geral Funcionalidade (depois) | .111 | 16 | .200* | .980 | 16 | .965 |

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

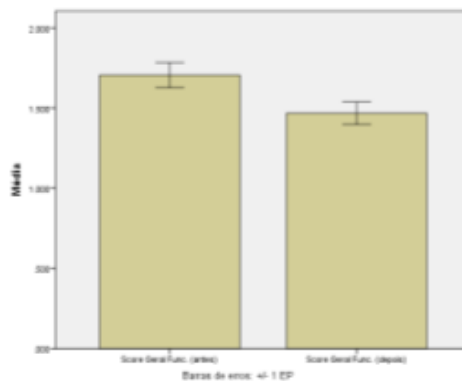
Figura 5 – Variação do Score Geral Funcional no HPV



Deste modo, igualmente os resultados uma melhoria estatisticamente significativa ao nível do score geral de funcionalidade (31 variáveis, $t(15) = 8.12$ e $p < 0.001$)⁹, relativamente aos momentos “Antes” (*Média*=1.71 e *Erro Padrão da Média*=0.079) e “Depois” (*Média*=1.47 e *Erro Padrão da Média*=0.070). A correlação *Pearson* entre as variáveis antes e depois é muito elevada e estatisticamente significativa ($r=0.930$ com $p < 0.001$).

⁹ Rejeita-se H_0 em que: H_0 : Score médio “Antes” \leq Score médio “Depois”; H_1 : Score médio “Antes” $>$ Score médio “Depois”, sabendo que a estatística do teste t -Student é positiva ($t=8.12$), pelo que o valor p é para o teste unilateral à direita (Sig. bilateral) /2).

Figura 6 – Variação da Média do score de funcional no HPV



Em suma, podemos concluir que após a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação os doentes obtiveram melhorias no seu score de funcionalidade, corroborando com o encontrado na literatura, comprovando a importância da atuação do Enfermeiro de Reabilitação no processo terapêutico do doente com vista a sua melhoria de funcionalidade e ganho de autonomia.

3 – COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

Neste capítulo iremos abordar as competências adquiridas com o Mestrado em Enfermagem que culmina com a realização e posterior defesa pública deste Relatório Final. Primeiramente, iremos evidenciar as competências de Mestre e seguidamente as Competências Gerais de um Enfermeiro Especialista e, por fim, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

As competências de mestre, encontram-se descritas no Artigo 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março emitido pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, onde afirma que o mestre deve possuir conhecimentos e capacidade de compreensão de modo a que munidos dos conhecimentos prévios obtidos na Licenciatura, sejam explorados e aprofundados, permitindo ser o alicerce para “a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006, p2246).

Deste modo deve conseguir interligar conhecimentos e aplica-los com vista a resolução de problemas em situações que lhe sejam novas e não familiares, numa perspetiva mais alargada do seu espectro disciplinar, relacionado com a sua área de estudo” (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006).

Deve ainda, ser capaz de “lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006, p2246) e expor as suas conclusões e raciocínios, de forma assertiva e clara à comunidade da qual faz parte, sendo ela constituída ou não por especialistas.

Em conformidade, os enfermeiros, estando inseridos numa formação de excelência baseada na evidência científica, devem, como refere o código deontológico

(2005), atualizar os seus conhecimentos científicos, onde o processo académico demonstra uma importância fundamental para atingir este objetivo.

Assim, o perfil de competências do enfermeiro especialista apresenta-se em articulação com os domínios considerados nas competências dos enfermeiros de cuidados gerais e permite a estes profissionais independentemente da sua área de especialidade, partilharem quatro domínios de competências comuns; a responsabilidade profissional; ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento nº122/2011, 2011).

Nas competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o Enfermeiro Especialista deve intervir junto do utente desenvolvendo cuidados que respeitem os direitos universais e as suas responsabilidades profissionais, fomentando um ambiente de ética profissional (Regulamento nº122/2011, 2011).

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista deve desenvolver atividades que suportem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, atuando, gerindo e colaborando em programas de qualidade, dinamizando o “desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Regulamento nº122/2011, 2011, p8651), com vista a prática de cuidados de excelência.

As competências deste domínio da gestão dos cuidados são as seguintes: “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº122/2011, 2011, p8652). Por fim, no domínio das aprendizagens profissionais, os enfermeiros especialistas devem desenvolver competências no autoconhecimento e estabelecer uma prática baseada na assertividade, fundamentando as suas decisões, intervenções e cuidados de enfermagem com padrões de conhecimento de excelência assumindo-se como agente ativo no campo da investigação (Regulamento nº122/2011, 2011).

Desta forma, durante o percurso profissional que culminou com a realização do estágio final foi assumida uma conduta de responsabilidade profissional na prestação dos cuidados de reabilitação à pessoa inserida nos locais de estágio, sempre com base nos conhecimentos adquiridos, honrando a individualidade do utente e família, com vista a sua máxima reabilitação funcional, garantindo a preservação dos valores e princípios éticos inerentes a atividade de Enfermagem, descritos no Código Deontológico dos Enfermeiros. A realização deste projeto de intervenção profissional, bem como a intervenção junto do utente, foi por nós desenvolvida, inserida num percurso académico, baseado na evidência científica onde a realização de uma revisão sistemática da literatura adquiriu suma importância.

Especificamente, a especialidade de Enfermagem de Reabilitação, tal como as restantes, conta com um perfil de competências específicas que foram regulamentadas (Regulamento nº125/2011, 2011) para delinear e delimitarem o campo de atuação dos profissionais. Este campo de ação desenvolve-se em variados contextos, desde o hospitalar ao comunitário, intervindo ao longo do ciclo vital (Hoeman, 2011).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem um conjunto de aptidões, focadas na área da reabilitação no âmbito da recuperação funcional sensitivo-motora e cognitiva, cardiorrespiratória, da comunicação, alimentação, eliminação e sexualidade com o objetivo de recuperar a pessoa vítima de doença aguda ou crónica que provoque défices funcionais. Assim o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento 125/2011, 2011) encontra-se dividido em três grandes competências, descritas no ponto 1 do artigo 4º do referido regulamento.

Em primeiro, a alínea a), aponta que o Enfermeiro Especialista em Reabilitação “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Regulamento nº125/2011, 2011, p 8658). Neste ponto existe a conceção das necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado de sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Desta forma devem conceber, implementar e avaliar planos

e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

Seguidamente, na alínea b), refere que estes profissionais devem capacitar “a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para reinserção e exercício da cidadania” (Regulamento nº125/2011, 2011, p8658). Neste âmbito, está exposta a análise da “problemática da deficiência, limitação da actividade e da restrição da participação na sociedade actual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação da acções autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva” (Regulamento nº125/2011, 2011, p8659).

Por último, na alínea c) indica que os enfermeiros especialistas maximizam “a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento nº125/2011, 2011, p8658), devendo desenvolver atividades que permitam potenciar as capacidades funcionais de uma pessoa, através da interação com a mesma, no sentido de garantir o melhor desempenho motor e cardiorrespiratório possível, de modo a fomentar o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

4. CONCLUSÃO

A elaboração do Relatório Final representa a conclusão de uma etapa no crescimento pessoal e profissional de suma importância não só pela aquisição de novas competências na área da especialidade de Enfermagem de Reabilitação, como um contributo basilar na sustentação, desenvolvimento e aperfeiçoamento de conhecimentos e competências já adquiridos nos graus de Licenciatura em Enfermagem.

Apesar de morosa execução, com diversos ajustamentos, permitiu-nos uma reflexão sobre o conhecimento científico e a sua implementação na sustentação da prática clínica desenvolvida diariamente em contexto de trabalho. Desta forma, contribuiu para o despertar de duas dimensões que se encontram interligadas, nunca podendo ser separadas, uma vez que a base científica é o alicerce das decisões práticas e sem ela a execução dos cuidados entre enfermeiro e utente perdem não só potencial, como correm o risco de não traduzir objetivos uteis para ambos.

Assim, como foi observado, a sociedade tende a caminhar para uma situação de envelhecimento cada vez mais significativo, mas em muitos casos com perda de anos de vida saudáveis, traduzindo-se no crescimento das doenças crónicas. Desta forma, é forçoso identificar o impacto desta situação nos cuidados de saúde, na limitação da funcionalidade e autonomia, e deste modo delinear estratégias que consigam reverter estas projecções.

Tendo em conta a questão inicialmente formulada e após a realização deste relatório, podemos afirmar que os objetivos, propostos por nós, foram alcançados pois através das estratégias de intervenção conseguimos verificar a relação direta entre as intervenções de Enfermagem de Reabilitação, no seio de uma equipa multidisciplinar, e os ganhos dos utentes em independência funcional com base no modelo de autocuidado.

Na realização do estágio final tivemos a oportunidade de contactar com duas instituições de grande renome nacional no âmbito da Reabilitação permitindo-nos vivenciar experiências enriquecedoras no âmbito dos ganhos funcionais em utentes. Aqui observamos a atuação de excelência de Enfermeiros de Reabilitação que contribuíram para melhorar a qualidade de vida dos utentes e assim garantir uma inserção no seu domicílio com mais autonomia e menor dependência de familiares ou outros cuidadores. Contudo, no que diz respeito às limitações ao trabalho, consideramos que existiram algumas sendo, a mais notória, o número reduzido da amostra.

Assim, consideramos que este projeto de intervenção teve um contributo importante para a valorização da Enfermagem de Reabilitação e o seu impacto positivo na autonomia e independência das pessoas. Desta forma, salientamos a importância da realização de mais trabalhos de investigação no âmbito dos ganhos em saúde e funcionalidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação em pessoas com outras patologias, permitindo desta forma, explicitar a importância desta especialidade dotando-a de uma abordagem prática baseada na evidência científica.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, C., Ferreira, A., & Faria, F. (2011) Lesões medulares não traumáticas - Caracterizaçãoda população de um Centro de Reabilitação, *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, Vol 20(1), Ano 19, 34-37.
- American Psychological Association. (2010). Publication manual of the American Psychological Association. Washington (DC): APA.
- Bartholomeyczik, S., Boldt, C., Grill, E., & König, P. (2006). Development and use of the ICF from the nursing point of view-a position statement of the German speaking working group "ICF and Nursing". *Pflege Zeitschrift*, 59(9), 2-7.
- Caneira, M (2013). Plano de Formação em Serviço – UIR 2013-2014. Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE.
- Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA). (2015). Consultado em 20 de Fevereiro de 2018. Disponível em: <http://cmra.pt/centro/missao/>.
- Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E. (CHLN). (2018). Consultado em 20 de Fevereiro de 2018. Disponível em <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/missao-e-valores>.
- Cheng, S., Wu, Y., Yang, M., Huang, C., Huang, H., Chu, W., & Lan, C. (2014). Pulmonary rehabilitation improves heart rate variability at peak exercise, exercise capacity and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung: The Journal Of Critical Care*, 43(3), 249-255. doi:10.1016/j.hrtlng.2014.03.002.
- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (2004). Lisboa. Direcção-Geral da Saúde. Tradução de: International Classification of

Functioning, Disability and Health. Organização Mundial da Saúde (resolução WHA54.21).

Collins, E. G., Jelinek, C., O'Connell, S., Butler, J., McBurney, C., Gozali, C., & Laghi, F. (2014). Contrasting breathing retraining and helium-oxygen during pulmonary rehabilitation in COPD: a randomized clinical trial. *Respiratory Medicine*, 108(2), 297-306. doi:10.1016/j.rmed.2013.10.023.

Comini, L., Rocchi, S., Bruletti, G., Paneroni, M., Bertolotti, G., & Vitacca, M (2016). Impact of Clinical and Quality of Life Outcomes of Long-Stay ICU Survivors Recovering From Rehabilitation on Caregivers' Burden. *Respiratory Care*, 61(4), 405-415. doi:10.4187/respcare.04079.

Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março de 2006. *Diário da República – nº 60 Série I*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa.

Decreto-Lei nº 161/96 de 04 de Setembro de 1996. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República – nº 205 Série I-A*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro de 2008. *Diário da República – nº 4 Série I*. Ministério da Educação. Lisboa.

Direcção Geral da Saúde (2009). Orientações técnicas sobre Reabilitação respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Lisboa: DGS.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.

Doran, D. M., & Pringle, D. (2011). Patient outcomes as accountability. In D. Doran (Ed.), *Nursing outcomes: The state of the science* (2nd ed., pp. 1–27). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Doran, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal Of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39.

- European Commission (2018) HEALTH INDICATORS. Consultado a 15 de fevereiro de 2018. Disponível em https://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_en.
- Eurostat (2016) Eurostat regional yearbook 2016 edition. Consultado em 17 de fevereiro de 2018. Disponível em <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7604195/KS-HA-16-001-EN-N.pdf/76c007e9-6c1d-435a-97f8-e5ea700aa149>.
- Eurostat (2017) Eurostat regional yearbook 2017 edition. Consultado em 17 de fevereiro de 2018. Disponível em <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/8222062/KS-HA-17-001-EN-N.pdf/eaebe7fa-0c80-45af-ab41-0f806c433763>.
- Ferreira, C., Sousa, L & Vigia, C. (2016). Treino de Atividades de Vida Diária, em Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Loures: Lusodidacta.
- Ferreira, D. e Gomes, B. N. (2016) Reeducação Funcional Respiratória, em Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida, Loures: Lusodidacta.
- Fonseca, C. e Lopes, M (2013) Processo de construção do Elderly Nursing Core Set, Journal of Aging and Innovation. 2 (1) Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/category/volume2-edicao1-janeiro2013/>.
- Fonseca, C. e Lopes, M (2014). Modelo do Autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem. Dissertação de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação, Loures, Lusodidacta.
- Graham, J. (2006). Nursing theory and clinical practice: How three nursing models can be incorporated into the care of patients with end stage kidney disease. *The CAANT Journal*, 16(4), 28-31.

- Hartweg, D. L. e Pickens, J. (2016). A Concept Analysis of Normalcy within Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 22(1), 4-13.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo*. Loures: Lusociência, 3º Edição.
- Ingham, B., Chirijevskis, A., e Carmichael, F. (2009). Implications of an increasing oldage dependency ratio: The UK and Latvian experiences compared. *Pensions: An International Journal*, 14(4), 221-230.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2018). Consultado a 19 de fevereiro de 2018. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003814&contexto=bd&selTab=tab2.
- International Council of Nurses (2009). ICN Framework of competencies for the Nurse Specialist. ICN Regulation Series.
- Liao, L., Chen, K., Chung, W. & Chien, J. (2015). Efficacy of a respiratory rehabilitation exercise training package in hospitalized elderly patients with acute exacerbation of COPD: a randomized control trial. *International Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 101703-1709. doi:10.2147/COPD.S90673.
- Liu, J., Meng, G., Ma, Y., Zhang, X., Chen, D., & Chen, M. (2015). Influence of COPD Assessment Test (CAT) evaluation and rehabilitation education guidance on the respiratory and motor functions of COPD patients. *Open Medicine (Warsaw, Poland)*, 10(1), 394-398. doi:10.1515/med-2015-0062.
- Lopes, M (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Revista da escola de Enfermagem da USP*. 39(2), 220-228.
- Melnik B, Fineout-Overholt E, Stetler C, Allan J. (2005) Outcomes and implementation strategies from the first U.S. evidence-based practice leadership summit. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*; 2(3): 113-121.

Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem ESS|IPS. Setúbal. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>.

O'Donovan, M. e Doyle, A., & Gallagher, P. (2009). Barriers, activities and participation: Incorporating ICF into service planning datasets. *Disability & Rehabilitation*. 31(25) de, pp. 2073-2080.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009a) Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009b) Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® «Guidelines for ICNP® Catalogue Development» Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/linhas_cipe.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2016). Enfermagem de Reabilitação Instrumentos de recolha de dados para documentação de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.

Ordem dos Enfermeiros (OE) Regulamento nº 125/2011 (18 de 2 de 2011). Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros – MCEER. Diário da República, 2ª Série, nº 35.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Organização das Nações Unidas (ONU), Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). Volume II: Demographic Profiles. *World Population Prospects: The 2017 Revision*. Consultado em 17 de fevereiro de 2018. Disponível

em https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2017_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Genebra.

Programa nacional para as doenças respiratórias (2017) Programa nacional para as doenças respiratórias para 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-com-descida-assinalavel-na-mortalidade-por-asma-e-dpoc.aspx>.

Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 21. 5 – 7.

Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, — nº 35 2.ª série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, — nº 35 2.ª série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Schub, E. (2012). Orem's Self-Care Model: Integration into Practice. CINAHL Nursing Guide.

Serviço Nacional de Saúde (2017) Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO, consultado em 20 de fevereiro de 2018. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-MFR.pdf>.

Song, H., Yong, S. J., & Hur, H. K. (2014). Effectiveness of a brief self-care support intervention for pulmonary rehabilitation among the elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease em Korea. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal Of The Association Of Rehabilitation Nurses*, 39(3), 147-156. doi:10.1002/rnj.92.

Sosnowski, K., Lin, F., Mitchell, M. L. & White, H. (2015). Early rehabilitation in the intensive care unit: an integrative literature review. *Australian Critical Care: Official Journal Of The Confederation Of Australian Critical Care Nurses*, 28(4), 216-225. doi:10.1016/j.aucc.2015.05.002.

Yoon, J. (2009). Byond the Crisis: Toward a New Horizon. *SERI Quarterly*, 2(4), 52-61.

Younas, A. (2017). A Foundational Analysis of Dorothea Orem's Self-Care Theory and Evaluation of Its Significance for Nursing Practice and Research. *Creative Nursing*, 23(1), 13-23.

ANEXOS

Anexo A
Elderly Nursing Core Set (2014)



INSTRUMENTO: Elderly Nursing Core Set

O questionário que se apresenta a seguir integra quatro secções distintas. A primeira é constituída por um conjunto de questões de identificação e caracterização Sócio biográfica, a segunda secção e subsequentes são constituídas pelas funções do corpo, estrutura do corpo, atividades de participação e fatores ambientais. Declaro ter compreendido as informações verbais que me foram fornecidas pelo investigador. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e eventual publicação científica, nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Secção I - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO SOCIO-BIOGRÁFICA

Escolha ou preencha conforme a indicação.

1. NÚMERO DE CARTÃO DE UTENTE: *

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

2. Instituição Responsável pela Avaliação: *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

3. FREGUESIA ou SERVIÇO Clínico: *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

Nota: Colocar o Nome da Freguesia de Residência actual (se no domicílio) Ou serviço Clínico (se institucionalizada).

4. TIPO DE AVALIAÇÃO: *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ 1ª AVALIAÇÃO
- ☐ 2ª Avaliação
- ☐ 3ª Avaliação

5. DATA DE AVALIAÇÃO: *

Por favor, digite uma data:

6. IDADE: *

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

7. SEXO: *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

8. ESTADO CÍVIL: *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado
- ☐ Viúvo
- ☐ Divorciado

9. PESO (Kg)

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

- **Instruções:** Nesta Pergunta os Kg, podem ser separados das Gramas por uma vírgula (ex. 76,20)

10. ALTURA (Metros)

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

- **Instruções:** Nesta Pergunta os Metros, devem ser separados dos Centímetros, por uma vírgula (ex. 1,45)

11. NÍVEL DE ESCOLARIDADE: *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever
- ☐ Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever
- ☐ Frequentou a escola, mas não completou a 4ª classe
- ☐ Fez exame da 4ª classe
- ☐ Completou o 9º ano, antigo 5º ano (curso geral / curso industrial / outro equivalente)
- ☐ Completou o antigo 7º ano (curso complementar do liceu)
- ☐ Completou o ensino superior
- ☐ Nível de ensino completado na idade adulta, ex. programa novas oportunidades
- ☐ Ensino Especial
- ☐ Outro

12. PRINCIPAL ÁREA DE DIAGNÓSTICO MÉDICO QUE LEVOU À INTERVENÇÃO (ÁREAS ICD10):

*

Por favor, seleccione **apenas a principal**:

- ☐ Neoplasias (tumores)
- ☐ Doenças do sangue e dos órgãos hemotopoéticos
- ☐ Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
- ☐ Transtornos mentais e comportamentais
- ☐ Doenças do sistema nervoso
- ☐ Doenças do aparelho circulatório
- ☐ Doenças do aparelho respiratório
- ☐ Doenças do aparelho digestivo
- ☐ Doenças da pele e do tecido subcutâneo
- ☐ Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossômicas
- ☐ Doenças do sistema osteomuscular
- ☐ Doenças do aparelho geniturinário
- ☐ Outro:

SEÇÃO II - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - FUNÇÕES DO CORPO

Escolha ou preencha uma das opções.

1. Funções da consciência (b110) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ b110.0: Nenhuma deficiência
- ☐ b110.1: Deficiência ligeira. Dificuldade ocasional numa das dimensões.
- ☐ b110.2: Deficiência moderada. Dificuldade em duas das dimensões.
- ☐ b110.3: Deficiência grave. Dificuldade em diversas das dimensões a maior parte do tempo.
- ☐ b110.4: Deficiência completa. Sem reação, não responde.

- **Instruções:** Avalie e classifique as funções da consciência, tendo por base o seguinte conceito “é o reconhecimento da **realidade externa** ou de **si mesmo** em **determinado momento**, e a **capacidade de responder aos seus estímulos**”.

2. Funções da Orientação (b114) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ b114.0: Nenhuma deficiência
- ☐ b114.1: Deficiência ligeira. Ligeiras dificuldades de orientação em relação ao tempo
- ☐ b114.2: Deficiência moderada. Dificuldades de orientação em relação a duas das dimensões referidas
- ☐ b114.3: Deficiência grave. Dificuldades de orientação em pelo menos 3 das dimensões referidas
- ☐ b114.4: Deficiência total. Desorientado em todas as dimensões

- **Instruções:** Avalie e classifique as funções da orientação em relação ao **tempo** (e.g., dia, mês, ano), ao **espaço** (e.g., onde está, de onde é), a **si mesmo** e **aos outros** (e.g., quem é a sua família) e classifique.

3. Funções da atenção (b140) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ b140.0: Nenhuma deficiência
- ☐ b140.1: Deficiência ligeira. Dificuldade ligeira em uma das dimensões referidas
- ☐ b140.2: Deficiência moderada. Dificuldade moderada em duas das dimensões referidas
- ☐ b140.3: Deficiência grave. Dificuldade grave em pelo menos 3 das dimensões referidas
- ☐ b140.4: Deficiência completa. Dificuldade completa

- **Instruções:** As Funções de atenção avaliam a capacidade de concentração num estímulo externo ou numa experiência interna pelo período de tempo necessário. Inclui a **capacidade de manutenção da atenção, mudança de atenção, divisão da atenção e partilha de atenção**. Com base na sua observação global da pessoa, classifique.

4. Funções da memória (b144) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ b144.0: Nenhuma deficiência
- ☐ b144.1: Deficiência ligeira. Respondeu correctamente, mas sem a ordem descrita
- ☐ b144.2: Deficiência moderada. Respondeu corretamente, recordando 3 palavras
- ☐ b144.3: Deficiência grave. Respondeu corretamente, recordando apenas 1 palavra
- ☐ b144.4: Deficiência completa. Não respondeu correctamente

- **Instruções:** Avalie as funções de memória (de curto prazo) da seguinte forma: “Vou dizer quatro palavras. Queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a sabê-las de cor: **Pera, Gato, Bola, Carro**”. Após cerca de 30 segundos, peça: “Diga-me agora as quatro palavras que acabei de dizer”.

5. Funções emocionais (b152) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ b152.0: Nenhuma deficiência. Demonstra adequação, regulação e amplitude de emoções
- ☐ b152.1: Deficiência ligeira. Demonstra ligeira dificuldade em uma das dimensões referidas
- ☐ b152.2: Deficiência moderada. Demonstra moderada dificuldade em duas das dimensões referidas
- ☐ b152.3: Deficiência grave. Demonstra dificuldades em todas as dimensões referidas
- ☐ b152.4: Deficiência completa. Incapaz de adequação, regulação e amplitude de emoções

- **Instruções:** Avalie a **adequação** (capacidade de gerar, em si mesmo, as emoções apropriadas em um momento determinado), **regulação** (capacidade de redirecionar, controlar, modelar e modificar as emoções de modo a permitir ao indivíduo funcionar de forma adaptativa) e **amplitude** (capacidade de expressar diferentes emoções e diferentes intensidades) das emoções.

6. Funções cognitivas de nível superior (b164) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ b164.0: Nenhuma deficiência. Descodificou sem dificuldade
- ☐ b164.1: Deficiência ligeira. Hesitou mas descodificou
- ☐ b164.2: Deficiência moderada. Descodificou interpretando à letra
- ☐ b164.3: Deficiência grave. Interpretou à letra com muita hesitação
- ☐ b164.4: Deficiência completa. Não descodificou

- **Instruções: Instruções:** Avalie as funções cognitivas de nível superior perguntando o seguinte: *O que quer dizer para si o seguinte ditado popular: “cão que ladra não morde”?*

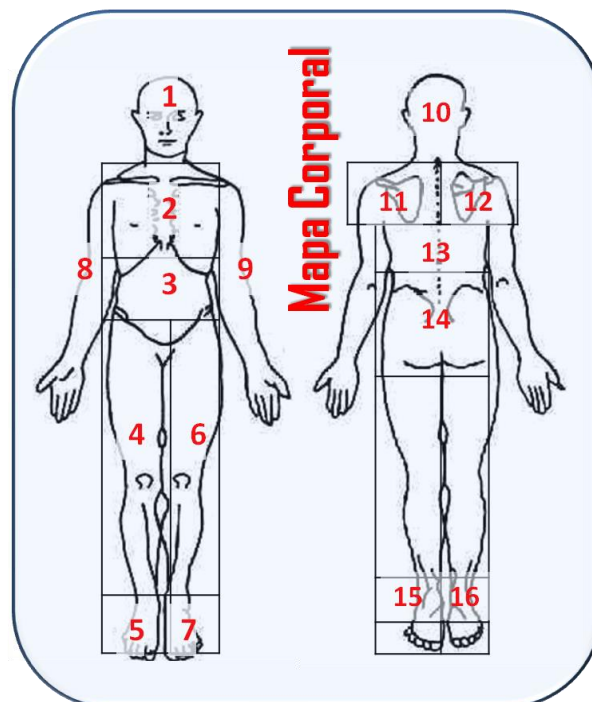
7. Sensação de dor (b280) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ b280.0: 0 pontos na EN
- ☐ b280.1: 1 a 2 pontos da EN
- ☐ b280.2: 3 a 4 pontos da EN
- ☐ b280.3: 5 a 8 pontos da EN
- ☐ b280.4: 9 a 10 pontos da EN
- ☐ b280.8: Não especificado

- *Avalie a dor com base na seguinte pergunta: “Nas últimas 48h, qual a dor máxima que sentiu?”*
Utilize a Escala Numérica (EN) de avaliação da dor e classifique.

7.1. LOCALIZE A DOR MAIS INTENSA REFERIDA PELA PESSOA NESTE DIAGRAMA



Por favor, escreva aqui a sua resposta:

8. Funções da pressão arterial (b420)

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ b420.0: Pressão Arterial Sistólica até 120 e Diastólica até 80
- ☐ b420.1: Pressão Arterial Sistólica (120-139) ou Diastólica (80-89)
- ☐ b420.2: Pressão Arterial Sistólica (140-159) ou Diastólica (90-99)
- ☐ b420.3: Pressão Arterial Sistólica (160-179) ou Diastólica (100-109)
- ☐ b420.4: Pressão Arterial Sistólica (> 180) ou Diastólica (> 110)

- **Instruções:** Avalia a Pressão Arterial e classifica de acordo com a tabela

9. Funções da respiração (b440) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ b440.0: Nenhuma deficiência.
- ☐ b440.1: Deficiência ligeira. Ligeira alteração de uma das dimensões do padrão respiratório
- ☐ b440.2: Deficiência moderada. Alteração de duas das dimensões (a pessoa pode necessitar de inaloterapia)
- ☐ b440.3: Deficiência grave. Alteração grave em todas as dimensões. A pessoa necessita de apoio (intermitente) de oxigénio suplementar ou ventilador (não invasivo)
- ☐ b440.4: Deficiência completa. Precisa de apoio (permanente) de oxigénio suplementar e ventilador (não invasivo e invasivo)

- **Instruções:** Inclui: funções da **frequência, ritmo e profundidade** da respiração

10. Funções de defecação (b525) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ b440.0: Nenhuma deficiência. A Pessoa apresenta: 1 dejecto/dia (ou) 1 dejecto em 2 dias;
- ☐ b440.1: Deficiência ligeira. A Pessoa apresenta: 2 a 3 dejectos/dia (ou) 1 dejecto cada 2 a 4 dias
- ☐ b440.2: Deficiência moderada. A Pessoa apresenta: 4 a 5 dejectos/dia (ou) 1 dejecto cada 5 a 7 dias
- ☐ b440.3: Deficiência grave. A Pessoa apresenta: 6 a 7 dejectos/dia (ou) 1 dejecto cada 8 a 9 dias
- ☐ b440.4: Deficiência total. A Pessoa apresenta: > 8 dejectos/dia (ou) 1 dejecto cada 10 ou mais

☐ b440.8: Condições Especiais (ex. Incontinência, colostomia, etc: ESPECIFICAR no quadro lateral >>>)

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

Secção III- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - Estrutura do Corpo

Escolha ou preencha uma das opções.

11. Estrutura das áreas da pele (s810) *

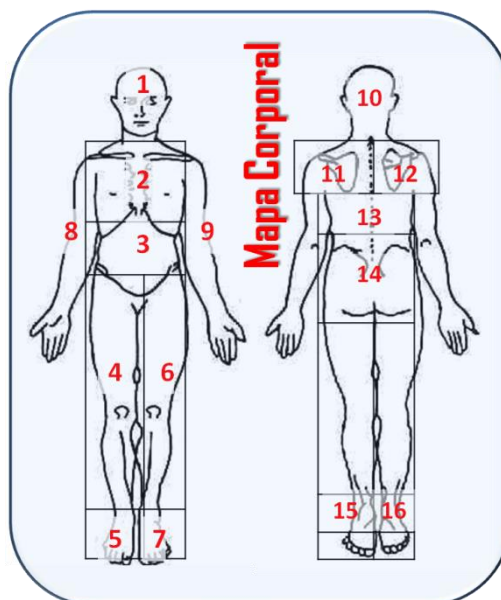
Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ s810.0: Nenhuma deficiência.
- ☐ s810.1: Deficiência ligeira. A pessoa apresenta pele seca ou desidratada
- ☐ s810.2: Deficiência moderada. A pessoa apresenta lesões da pele - Máculas ou Pápula
- ☐ s810.3: Deficiência grave. A pessoa apresenta lesões da pele, com alterações da integridade cutânea
- ☐ s810.4: Deficiência completa. A pessoa apresenta múltiplas lesões da pele que põem em risco a vida.

- **Instruções:** Observe a pele da pessoa e classifique as zonas de maior gravidade.

11.1 Com recurso ao diagrama abaixo designado, localize a 1ª lesão cutânea mais grave .

Por favor, escreva aqui a sua resposta:



11.2 Com recurso ao diagrama acima descrito, localize a 2ª Lesão mais Grave

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Secção IV - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - Atividades de Participação

Escolha ou preencha uma das opções.

12. Realizar a rotina diária (d230) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ d230.0: Sem dificuldades
- ☐ d230.1: Dificuldades ligeiras. Realiza de forma independente a sua rotina diária, mas tem dificuldades ocasionais nas ações complexas.
- ☐ d230.2: Dificuldades moderadas. Necessita de referências para realizar e concluir a sua rotina diária
- ☐ d230.3: Dificuldades graves. Necessita de apoio contínuo para realizar e concluir a sua rotina diária
- ☐ d230.4: Dificuldade completa. Não tem possibilidade de realizar e concluir a rotina diária

- **Instruções:** Avalie a realização da rotina diária inquirindo acerca da capacidade de realizar ações coordenadas, simples ou complexas, de modo a poder planejar, gerir e responder às exigências das tarefas e das obrigações do dia-a-dia.

13. Comunicar e receber mensagens orais (d310) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ d310.0: Sem dificuldades
- ☐ d310.1: Dificuldade ligeira. Dificuldades ligeiras nos significados implícitos
- ☐ d310.2: Dificuldade moderada. Dificuldades frequentes nos significados implícitos
- ☐ d310.3: Dificuldade grave. Dificuldades totais nos significados implícitos e acentuadas nos literais
- ☐ d310.4: Dificuldade total. Não comunica

- **Instruções:** Esta função avalia a **capacidade de compreender os significados literais e implícitos das mensagens**. Avalie esta capacidade através da forma como a pessoa interagiu consigo durante a resposta a este questionário. Classifique de acordo com a tabela abaixo.

14. Falar (d330) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ d330.0: Sem dificuldades
- ☐ d330.1: Dificuldade ligeira. Fala, mas por vezes o discurso é pouco claro

- ☐ d330.2: Dificuldade moderada. Fala, mas frequentemente com discurso pouco claro
- ☐ d330.3: Dificuldade grave. Tenta expressar-se apenas por monossílabos
- ☐ d330.4: Dificuldade completa. Incapaz de produzir um discurso articulado
- **Instruções:** Esta função avalia a **capacidade de produzir mensagens verbais constituídas por palavras, frases e passagens mais longas com significado literal e implícito**. Avalie esta capacidade através da forma como a pessoa interagiu consigo durante a resposta a este questionário. Classifique de acordo com a tabela abaixo.

15. Conversação (d350) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ d350.0: Sem dificuldade.
- ☐ d350.1: Dificuldade ligeira para iniciar uma conversa
- ☐ d350.2: Dificuldades moderadas para iniciar ou manter uma conversa
- ☐ d350.3: Dificuldades grave para iniciar ou manter uma conversa
- ☐ d350.4: Dificuldade completa. Não consegue iniciar ou manter uma conversa
- **Instruções:** Esta função avalia a **capacidade de iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, realizadas através da linguagem escrita, oral, gestual ou de outras formas de linguagem**. Avalie esta capacidade através da forma como a pessoa interagiu consigo durante a resposta a este questionário. Classifique de acordo.

16. Mudar a posição básica do corpo (d410) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ d410.0: Sem dificuldade
- ☐ d410.1: Dificuldade ligeira em uma das dimensões referidas
- ☐ d410.2: Dificuldade moderada em pelo menos duas das dimensões referidas
- ☐ d410.3: Dificuldade grave em 3 ou mais das dimensões referidas
- ☐ d410.4: Dificuldade completa
- **Instruções:** Avalie a **capacidade de a pessoa se deitar, agachar, ajoelhar, sentar, pôr de pé e curvar sozinho**.

17. Manter a posição do corpo (d415) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ d415.0: Sem dificuldade
- ☐ d415.1: Dificuldade ligeira. Mantém a posição do corpo de pé, com apoio ocasional

- ☐ d415.2: Dificuldade moderada. Mantém a posição do corpo de pé com dificuldade, mantém a posição de sentado
- ☐ d415.3: Dificuldade grave. Não mantém a posição do corpo de pé, mantém a posição de sentado, com dificuldade
- ☐ d415.4: Dificuldade completa. Não mantém a posição do corpo de pé e não mantém a posição de sentado
- **Instruções:** *Mantém a mesma posição do corpo durante o tempo necessário, como por exemplo, permanecer sentado ou de pé. Classifique*

18. Utilização da mão e do braço (d445) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ d445.0: Sem dificuldades.
- ☐ d445.1: Dificuldade ligeira. Usa de forma normal as duas mãos mas tem dificuldade num dos braços.
- ☐ d445.2: Dificuldade moderada. Usa com dificuldades, uma das mãos e tem dificuldade num dos braços.
- ☐ d445.3 Dificuldade grave. Usa com dificuldade as duas mãos e os dois braços ou não usa a mão e braço dominantes.
- ☐ d445.4: Dificuldade completa. Não usa as duas mãos e os dois braços.
- **Instruções:** *Avalie a capacidade de utilização da mão e do braço.*

19. Andar (d450) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ d450.0: Sem dificuldades
- ☐ d450.1: Dificuldade ligeira. Deambula em casa e na vizinhança: a pessoa é capaz de deambular na rua, embora numa distância limitada e restrita.
- ☐ d450.2: Dificuldade moderada. Deambula apenas em casa: a deambulação só é possível num ambiente fechado, e num ambiente conhecido como em casa.
- ☐ d450.3: Dificuldade grave. Marcha terapêutica: O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas.
- ☐ d450.4: Dificuldade completa. Não realiza marcha, incapacidade absoluta para a deambulação.
- **Instruções:** *Avalie e classifique observando a marcha da pessoa*

20. Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ d465.0: Sem dificuldades
- ☐ d465.1: Dificuldades ligeira. Necessita de ajuda ocasional de um ponto de apoio (uma bengala ou similar).
- ☐ d465.2: Dificuldades moderadas. Necessita de ajuda frequente de um ponto de apoio (uma bengala ou similar).
- ☐ d465.3: Dificuldades graves. A maior parte do tempo com ajuda de dois ou mais pontos de apoio (duas bengalas, andarilho ou cadeira de rodas)
- ☐ d465.4: Dificuldade completa. Sempre com ajuda de cadeira de rodas.
- *A pessoa tem a **capacidade de mover o corpo de um lugar para outro, sobre qualquer superfície ou espaço, em cadeira de rodas ou com auxílio de um andarilho, ou outras ajudas técnicas***

21. Lavar-se (d510) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ d510.0: Sem dificuldades.
- ☐ d510.1: Dificuldades ligeiras. Necessita de ajuda no banho apenas para entrar ou sair da banheira.
- ☐ d510.2: Dificuldades moderadas. Recebe assistência no banho para entrar ou sair da banheira e para lavar uma parte do corpo (ex. costas, ou pernas)
- ☐ d510.3: Dificuldades graves. Recebe assistência no banho para entrar ou sair da banheira e para lavar mais de uma parte do corpo
- ☐ d510.4: Dificuldade completa. Recebe assistência total para o banho.
- ***Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados.***

22. Cuidar de partes do corpo d520 *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ d520.0: Sem dificuldades.
- ☐ d520.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para cuidar de partes do corpo.
- ☐ d520.2: Dificuldade moderada. Necessita de ajuda para cuidar de diversas partes do corpo.
- ☐ d520.3: Dificuldade grave. Necessita de ajuda para cuidar de quase todas as partes do corpo.

☐ d520.4: Dificuldade completa. Necessita de ajuda total para cuidar de todas as partes do corpo.

- *Cuidar de partes do corpo como pele, cara, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar e secar*

23. Cuidados relacionados com os processos de excreção (d530) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ d530.0: Sem dificuldades
- ☐ d530.1: Dificuldade ligeira. É autónomo, com supervisão ocasional, nos cuidados relacionados com o processo de excreção, e prevê a eliminação. É continente.
- ☐ d530.2: Dificuldade moderada. É autónomo, com supervisão, nos cuidados relacionados com o processo de excreção e na previsão da eliminação, mas apresenta acidentes ocasionais.
- ☐ d530.3: Dificuldade grave. É autónomo, com supervisão, nos cuidados relacionados com o processo de excreção e não prevê a eliminação. É incontinente.
- ☐ d530.4: Dificuldade completa. Não é autónomo nos cuidados relacionados com o processo de excreção, não é continente e não prevê a eliminação

- *Cuidados relacionados com os processos de excreção.*

24. Vestir-se (d540) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ d540.0: Sem dificuldades
- ☐ d540.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para se vestir.
- ☐ d540.2: Dificuldade moderada. Necessita de ajuda para vestir determinadas peças de roupa e/ou para se calçar.
- ☐ d540.3: Dificuldade grave. Necessita de ajuda para vestir quase todas as peças de roupa e para se calçar
- ☐ d540.4: Dificuldade completa. Não se veste.

- *Realizar as **tarefas e os gestos coordenados necessários para pôr e tirar a roupa e o calçado***

25. Comer d550 *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ d550.0: Sem dificuldades
- ☐ d550.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para comer (ex. Trincar alguns alimentos).

- ☐ d550.2: Dificuldade moderada. Necessita de ajuda para trincar os alimentos e levar alguns à boca.
- ☐ d550.3: Dificuldade grave. Necessita de ajuda para usar qualquer utensílio de alimentação (ex. garfo, colher)
- ☐ d550.4: Dificuldade completa. É totalmente dependente no ato de comer
- Executar as **tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos**

26. Beber (d560) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ d560.0: Sem dificuldades
- ☐ d560.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para beber (ex. colocar água num copo)
- ☐ d560.2: Dificuldade moderada. Por vezes precisa de ajuda para levar o copo à boca.
- ☐ d560.3: Dificuldade grave. Frequentemente precisa de ajuda para quase todos os gestos necessários ao beber
- ☐ d560.4: Dificuldade completa. É totalmente dependente no ato de beber
- Coordenar os **gestos necessários para tomar uma bebida, levá-la à boca, e consumir a bebida.**

27. Relacionamentos familiares (d760) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ d760.0: Sem dificuldades.
- ☐ d760.1: Dificuldade ligeira para manter relações com alguns membros da família alargada.
- ☐ d760.2: Dificuldades moderadas para manter relações com a família alargada
- ☐ d760.3: Dificuldade grave em manter relações com a família alargada e com alguns membros da família nuclear.
- ☐ d760.4: Dificuldade completa. Não consegue manter ou criar relações com a família.
- Criar e manter relações de parentesco, como por exemplo, com membros da família nuclear, da família alargada.

Secção IV - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - Factores Ambientais

Escolha ou preencha uma das opções.

28. Família próxima (e310) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ e310.0: A família próxima oferece total suporte
 - ☐ e310.1: A família próxima oferece grande parte do suporte, precisando apenas de ajudas pontuais
 - ☐ e310.2: A família próxima oferece suporte mas precisa de ajuda a tempo parcial
 - ☐ e310.3 A família próxima oferece suporte ligeiro precisando de ajuda em quase todas as atividades
 - ☐ e310.4: A família próxima não oferece qualquer suporte
 - ☐ b144.9: Não aplicável
- *Indivíduos relacionados por nascimento, casamento ou outro relacionamento reconhecido pela cultura como família próxima.*

29. Amigos (e320) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ e320.0: Os amigos oferecem apoio total
 - ☐ e320.1: Os amigos oferecem muito apoio
 - ☐ e320.2: Os amigos oferecem apoio apenas se solicitados
 - ☐ e320.3: Os meus amigos oferecem apoio pontual
 - ☐ e320.4: Os meus amigos não oferecem qualquer apoio
 - ☐ b144.9: Não aplicável
- *Indivíduos que são conhecidos próximos, com relacionamento continuado caracterizado pela confiança.*

30. Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340) *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ e355.0: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem todo o apoio necessário
- ☐ e355.1: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem quase todo o apoio necessário

- ☐ e355.2: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem apoio de suplemento à família (50/50).
- ☐ e355.3: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem apoio pontual.
- ☐ e355.4: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais não oferecem qualquer apoio
- ☐ b144.9: Não aplicável
- *Indivíduos que prestam os serviços necessários para apoiar as pessoas nas suas actividades diárias.*

31. Profissionais de saúde (e355)

*

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ e355.0: Os profissionais de saúde oferecem todo o apoio necessário
- ☐ e355.1: Os profissionais de saúde oferecem quase todo o apoio necessário
- ☐ e355.2: Os profissionais de saúde oferecem apoio de suplemento
- ☐ e355.3: Os profissionais de saúde oferecem pouco apoio
- ☐ e355.4: Os profissionais de saúde não oferecem qualquer apoio
- ☐ b144.9: Não aplicável
- *Todos os prestadores de cuidados que trabalham no contexto do sistema de saúde, como por exemplo, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.*

Anexo A

Escala MIF (2011)

Anexo IV – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

| | | | | | | |
|-------------------|------------|-------------|------------|--------------|---|--|
| APELIDO _____ | NOME _____ | IDADE _____ | SEXO _____ | P.U.nº _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| DIAGNÓSTICO _____ | | | | | | |

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

| NÍVEIS | 7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (dispositivo) | SEM AJUDA |
|--------|--|-----------|
| | Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%) | AJUDA |

| | SEMI-INDICADOR MESES | ANTES | 1M | 4M | 12M | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| AUTO-CUIDADOS | | | | | | |
| A. Alimentação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Higiene pessoal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Banho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Vestir metade superior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Vestir metade inferior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Utilização da sanita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CONTROLO DOS ESFINCTERES | | | | | | |
| G. Bexiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Intestino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MOBILIDADE | | | | | | |
| TRANSFERÊNCIAS | | | | | | |
| I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Sanita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. Banheira, Duche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LOCOMOÇÃO | | | | | | |
| L. Marcha, Cadeira de Rodas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. Escadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| COMUNICAÇÃO | | | | | | |
| N. Compreensão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O. Expressão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR | | | | | | |
| P. Interação social | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q. Resolução dos problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| R. Memória | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TOTAL | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não for possível marque 1.

Anexo C

**Parecer da Comissão de Ética da Universidade de
Évora**



Documento 1 8 0 6 1

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Paulo Infante, Prof. Doutora Sandra Leandro e Prof. Doutor Manuel Fernandes, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação, nas pessoas com alterações do foro respiratório, com base num modelo de autocuidado*" do investigador **João Manuel Lourenço Correia** (mestrando) e Prof. Doutor César João Vicente da Fonseca (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)